



PÉČE O PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 – Ošetřovatelství
Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra

Autor práce: **Petra Ondrušová**
Vedoucí práce: MUDr. Jan Nedvídek





CARE OF PATIENT WITH ALZHEIMER'S DISEASE

Bachelor thesis

Study programme: B5341 – Nursing
Study branch: 5341R009 – General Nurse

Author: **Petra Ondrušová**
Supervisor: MUDr. Jan Nedvídek



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra Ondrušová**
Osobní číslo: **Z10000054**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou**
Zadávající katedra: **Ústav zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle výzkumu:

1. cíl: Zjistit rozdíl v informovanosti všeobecných sester z oddělení LDN a všeobecných sester z pracovišť specializujících se na péči o pacienta s demencí.
2. cíl: Zjistit závislost mezi délkou praxe všeobecné sestry v oboru a informovaností o problematice Alzheimerovy choroby.
3. cíl: Zjistit nejčastější komplikace při péči o pacienta trpícího Alzheimerovou chorobou.

Teoretická východiska:

Hospitalizace pacienta trpícího Alzheimerovou chorobou přináší zvýšené nároky pro ošetřující personál. Takový pacient vyžaduje neustálou péči a dohled. Péče je často zkomplikovaná problémy s komunikací, zapomnětlivostí a poruchami chování pacienta.

Výzkumné předpoklady:

1. předpoklad: Všeobecné sestry z oddělení specializovaných na péči o pacienta s demencí budou lépe informovány o problematice Alzheimerovy choroby než všeobecné sestry z oddělení LDN.
2. předpoklad: S narůstající dobou praxe stoupá informovanost o problematice Alzheimerovy choroby.
3. předpoklad: Jako nejčastější komplikace uvádějí všeobecné sestry problémy s komunikací, zapomnětlivost a poruchy chování.

Metoda:

kvantitativní

Technika:

dotazník osobně předávaný

Místo a čas výzkumu:

Krajská nemocnice Liberec, Nemocnice Jablonec nad Nisou, Dům seniorů Liberec - Františkov, Diakonie ČCE Dvůr Králové nad Labem

Březen - duben 2014

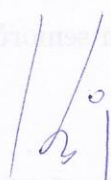
Vzorek:

Všeobecné sestry na oddělení LDN Nemocnice Liberec a Nemocnice Jablonec nad Nisou


Všeobecné sestry z pracovišť specializovaných na péči o pacienta s demencí - Dům seniorů Liberec - Františkov, Diakonie ČCE Dvůr Králové nad Labem

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy: **50-70 stran**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**
Seznam odborné literatury: **viz příloha**

Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Jan Nedvídek**
Ústav zdravotnických studií
Konzultant bakalářské práce: **Mgr. Kateřina Mařanová**
Ústav zdravotnických studií
Datum zadání bakalářské práce: **1. září 2014**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2015**


prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs
rektor




Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 28. února 2015

Příloha zadání bakalářské práce

Seznam odborné literatury:

- HOLMEROVÁ Iva, JAROLÍMOVÁ Eva, SUCHÁ Jitka a kol. Péče o pacienta s kognitivní poruchou, 1. vydání, Praha, nakl. EV public relations, 2007, 299 stran, ISBN 978-80-254-0177-4.
- HRDLIČKA Michal, HRDLIČKOVÁ Darina, Demence a poruchy paměti pro praktické lékaře. 1. vydání, Praha, Grada, 1999, 56 stran, ISBN 80-7169-797-4.
- ZGOLA Jitka M, Úspěšná péče o člověka s demencí, 1. vydání, Praha, nakl. Grada, 2003, 232 stran, ISBN 80-247-0183-9.
- KOUKOLÍK František; JIRÁK Roman; Alzheimerova nemoc a další demence; 1. vydání; Praha; nakl. Grada; 1998; 232 stran; ISBN 80-7169-615-3.
- RENGAULT Mathilde, Alzheimerova choroba, 1. vydání, Praha, nakl. Portál 2011, 120 stran, ISBN 978-80-262-0010-9.
- PIDRMAN Vladimír, Demence, 1. vydání, Praha, nakl. Grada, 2007, 184 stran, ISBN 978-80-247-1490-5.
- REKTOROVÁ Irena, Kognitivní poruchy a demence, 1. vydání, Praha, nakl. Triton, 2007, 190 stran, ISBN 978-80-7387-017-1.
- TOPINKOVÁ Eva, Jak správně a včas diagnostikovat demenci, manuál pro klinickou praxi, 1. vydání, Praha, nakl. UCB Pharma, 1999, 87 stran, ISBN 80-238-4913-1.
- JIRÁK Roman a kol. Demence, 1. vydání, Praha, nakl. Maxdorf, 1999, 226 stran, ISBN 80-85800-44-6.
- CALLONE Patricia, KUDLACEK Connie, VASILOFF Barbara, MANTERNACH Janaan, BRUMBACK Roger, Alzheimerova nemoc - 300 typů a rad, jak ji zvládat lépe. 1. vydání, Praha, nakl. Grada, 2008, 120 stran, ISBN 978-80-247-2320-4.
- LU Linda, BLUDAU Juergen; Alzheimer's disease. Santa Barbara, nakl. Greenwood; 2011. ISBN 978-0-313-38111-9.

Studentka
Petra ONDRUŠOVÁ
Z10000054
Zábřezí 45
544 01 ZÁBŘEZÍ - ŘEČICE

Vyřizuje: Zuzana Janošíková / 485 353 762


V Liberci dne 28. července 2014
č.j.: 14/8515/027859-02

Vyjádření k žádosti o ponechání tématu a prodloužení termínu odevzdání bakalářské práce

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 3. 7. 2014, zaevidované pod č.j.: 14/8515/027859-01, Vám sděluji, že **souhlasím** s ponecháním tématu „Péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou“ a prodloužením termínu odevzdání bakalářské práce do 30. 6. 2015.

S pozdravem


Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

Technická univerzita v Liberci
Ústav zdravotnických studií
Studentská 2, 461 17 Liberec 1



Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum

28. 4. 2015

Podpis

Andrušová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce MUDr. Janu Nedvídkovi a Mgr. Kateřině Mařanové za trpělivou spolupráci a cenné rady. Dále bych chtěla poděkovat všem všeobecným sestrám, které se zúčastnily výzkumu a našly si čas na vyplnění mých dotazníků.

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení autora: Petra Ondrušová

Instituce: Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií

Název práce: Péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou

Vedoucí práce: MUDr. Jan Nedvídek

Konzultant: Mgr. Kateřina Mařanová

Počet stran: 67

Počet příloh: 9

Rok obhajoby: 2015

Souhrn: Bakalářská práce se věnuje problematice Alzheimerovy choroby. V teoretické části je stručně popsána demence, výzkumná část zaměřuje pozornost na znalosti všeobecných sester pracujících na oddělení LDN v porovnání se sestrami z oddělení specializujících se na péči o pacienta s demencí. Dále je zkoumána souvislost mezi délkou praxe všeobecné sestry a úrovní jejích znalostí. Posledním cílem výzkumu je zjištění nejčastějších komplikací objevujících se při péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou. Dle předpokladu z výzkumu vyplynulo, že všeobecné sestry z oddělení specializovaných na péči o pacienta s demencí mají větší povědomí o problematice Alzheimerovy choroby než všeobecné sestry z oddělení LDN. Při porovnání znalostí všeobecných sester podle délky praxe v oboru bylo zjištěno, že sestry, které pracují v oboru více než 10 let, mají větší znalosti než sestry s kratší dobou praxe. Z výzkumu vyplývá, že by bylo vhodné zvýšit povědomí všeobecných sester o problematice Alzheimerovy choroby, zejména na odděleních následné péče. 84,5% sester by dle výzkumu uvítalo více informací o Alzheimerově chorobě.

Klíčová slova: Alzheimerova choroba, ošetrovatelská péče, znalosti všeobecných sester, komplikace péče

Anotace v anglickém jazyce

Name and Suriname: Petra Ondrušová

Institution: Technical University of Liberec, Institut of health studies

Title: Care of patient with Alzheimers dinase

Supervizor: MUDr. Jan Nedvídek

Consultant: Mgr. Kateřina Mařanová

Pages: 67

Apendix: 9

Year: 2015

Summary: Bachelor's thesis is focused on Alzheimer's disease issue. In theoretical part a dementia is described concisely, research part is focused on level of knowledge of nurses, who are working on Long term care unit and compares it with knowledge of nurses from centres specialized on patients suffering from dementia. It also investigates correlation between length of experience and level of knowledge. The last research objective was to find The most common source of complications appearing during care of patients with Alzheimer's dementia. According to assumption, the research had shown that nurses, who has been working on specialized departments had better score in knowledge test then nurses from Long term care units. Comparasion of knowledge related to length of experience, had shown this facts: Nurses, who have been working less then 10 years in their specialization has less informations then nurses working more then 10 years.

Result of research shows, that nurses should have more informations about Alzheimers dinase. 84.5% of them would like to have more information about Alzheimer's disease.

Key words: Alzheimer's disease, nursing care, knowledge of nurses, complications in care

Obsah

Anotace v českém jazyce	- 7 -
Anotace v anglickém jazyce	- 8 -
Obsah	- 11 -
Seznam použitých zkratk	- 12 -
1 Úvod.....	- 13 -
2 Teoretická část	- 14 -
2.1 Alzheimerova choroba	- 14 -
2.1.1 Fáze průběhu Alzheimerovy choroby	- 14 -
2.1.2 Diagnostika Alzheimerovy choroby	- 15 -
2.1.3 Terapie Alzheimerovy choroby	- 16 -
2.2 Ošetrovatelská péče u pacienta s Alzheimerovou chorobou.....	- 16 -
2.2.1 Ošetrovatelské přístupy k člověku s Alzheimerovou chorobou	- 18 -
2.2.2 Potřeba aktivity a odpočinku u pacienta s Alzheimerovou chorobou.....	- 19 -
2.2.3 Využití konceptu bazální stimulace u pacientů s Alzheimerovou chorobou....	- 20 -
2.2.4 Ošetrovatelská péče u pacienta s behaviorálními a psychologickými poruchami při Alzheimerově chorobě	- 21 -
2.2.5 Komunikace v ošetrovatelské péči u pacientů s Alzheimerovou chorobou	- 26 -
2.2.6 Hodnocení mentálních funkcí u pacientů s Alzheimerovou chorobou.....	- 27 -
2.2.7 Zajištění potřeby výživy u pacientů s Alzheimerovou chorobou	- 28 -
2.2.8 Zajištění potřeby vyprazdňování u pacientů s Alzheimerovou chorobou	- 29 -
2.2.9 Ošetrovatelská diagnóza bolest u pacientů s Alzheimerovou chorobou...	- 30 -
3 Výzkumná část.....	- 32 -
3.1 Cíle a výzkumné předpoklady	- 32 -
3.2 Metodika výzkumu	- 33 -
3.3 Charakteristika výzkumného vzorku	- 33 -
3.4 Charakteristika dotazníku	- 34 -
3.5 Analýza dotazníkových položek	- 35 -
4 Analýza dat vztahujících se k cílům a předpokladům výzkumu.....	- 54 -
5 Diskuze	- 58 -
6 Návrh doporučení pro praxi	- 62 -
7 Závěr	- 63 -
8 Seznam bibliografických citací	- 64 -
9 Seznam příloh	- 67 -
10 Seznam tabulek	- 68 -
11 Seznam grafů	- 69 -
Přílohy.....	- 70 -

Seznam použitých zkratk

S., str.	strana
Č.	číslo
Apod.	a podobně
MMSE	mini mental state examination
EEG	elektroencefalogram
CT	počítačová tomografie
VAS	vizuální analogová škála
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
ČR	Česká republika
Tzv.	takzvaný
Vyd.	vydání
Nakl.	nakladatelství
A kol.	a kolektiv

1 Úvod

Problematika péče o pacienta s demencí se stává stále aktuálnějším tématem. Vzhledem ke zvyšujícímu se průměrnému věku populace se s touto poruchou setkáváme stále častěji, ať už v domácí péči nebo v sociálních i zdravotnických zařízeních. Protože Alzheimerova choroba je nejčastější a nejtypičtější formou demence, je tato práce zaměřena právě na tuto konkrétní poruchu.

V teoretické části práce je popsána Alzheimerova choroba, její patofyziologie, diagnostika a terapie, stručně jsou popsány jednotlivé fáze této demence. Další část práce je zaměřena na specifické požadavky ošetrovatelské péče o pacienta trpícího demencí, na nejčastější problematické situace a možnosti jejich řešení.

Výzkumná část práce mapuje míru informovanosti všeobecných sester o Alzheimerově chorobě a specifikách péče o takto postiženého pacienta. Vzhledem ke zvyšujícímu se počtu pacientů trpících Alzheimerovou chorobou se s nimi i ošetrovatelský personál setkává stále častěji. Zejména na odděleních následné péče, kde bývá věkový průměr pacientů poměrně vysoký, jsou všeobecné sestry s takovými pacienty často v kontaktu. Měly by mít tedy dostatek informací o ošetrovatelské péči o takového pacienta a znát její specifické požadavky. Jen tehdy mohou poskytovat pacientům trpícím demencí adekvátní péči. Výzkumná část této práce se proto zaměřuje právě na informovanost všeobecných sester z oddělení následné péče v porovnání s informovaností sester z oddělení zaměřených na péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou, které by měly být specialistkami na toto téma. Dále bude zjišťováno, jak délka praxe všeobecné sestry v oboru ovlivňuje míru jejích znalostí. Posledním cílem výzkumu je zjistit jaké aspekty ošetrovatelské péče považují sestry za nejnáročnější.

2 Teoretická část

Demence je charakterizována jako získaná globální porucha intelektu, paměti a osobnosti, která ovlivňuje běžné denní aktivity, bez poruchy vědomí. Nejvýraznějšími příznaky demence jsou poruchy paměti, a to zejména krátkodobé, dále pak poruchy abstraktního myšlení a rozhodování. Zhoršená orientace v prostoru, která se projevuje blouděním hlavně v neznámém prostředí, dochází ke zpomalení psychomotorického tempa až apatii, snížení soběstačnosti, schopnosti řešit běžné problémy a využívat získané percepční motorické dovednosti. Mění se sociální chování, citový život i lidská osobnost. Odhaduje se, že poruchami paměti trpí asi 10% osob ve věku nad 70 let a asi u ½ z nich jde právě o Alzheimerovu chorobu (Ambler, 2009).

2.1 Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je progredientní neurodegenerativní onemocnění, jehož projevem je syndrom demence. Jedná se o nejčastější formu demence a představuje asi 50-60% všech případů. V příloze č. 1 je uvedena kazuistika pacienta, jemuž byla diagnostikována Alzheimerova choroba s časným počátkem. Na příkladu tohoto pacienta můžeme pozorovat typické příznaky a jejich vývoj v průběhu choroby, které budou následně popsány v této práci (Fišar, Jiráček; 2009).

2.1.1 Fáze průběhu Alzheimerovy choroby

I. fáze: počínající, mírná demence, v této fázi je obtížné demenci rozeznat. Choroba způsobí zhoršení krátkodobé paměti, zmatenost, zhoršenou pozornost, sníženou schopnost racionálního úsudku, mohou nastat problémy s obsluhou přístrojů a pomůcek. Tuto fázi také někdy doprovází úzkost či deprese. V některých případech se může objevit narušení prostorové orientace, lehké poruchy řeči nebo koncentrace, nemocný není schopný zvládnout některé situace. S rozvojem choroby začínají poruchy negativně ovlivňovat každodenní úkony, jakými jsou řízení vozidla, nakupování, zaměstnání nebo hospodaření v domácnosti. Komunikační schopnosti jsou mírně narušeny, pacient nedokáže mluvit o nedávných událostech, obtížně hledá některá slova a nahrazuje je „prázdnými slovy“ (to, oni, ta věc) nebo slovy podobnými. V této fázi většinou pacienti rozumějí, co jim říkají ostatní a již v tuto chvíli je nezbytný dohled okolí.

II. fáze: rozvinutá demence, zvýrazňují se všechny příznaky, které se vyskytly v první

fázi choroby. Navíc se objevuje neklid a agitovanost, repetitivní chování, nastává dezorientace i na dříve známých místech, vyskytují se potíže s inkontinencí, postupně je postižena i dlouhodobá paměť. V této fázi se již pacient obtížně zapojuje do hovoru a stává se málomluvným. Okolí mu také porozumí jen s obtížemi. Pacient přestává rozeznávat minulost od přítomnosti, nedokáže srozumitelně a logicky vyprávět příběh, má významné obtíže při sestavování věty. Také se často uchyluje k automatismům a ustáleným frázím. **III. fáze: pokročilá, terminální demence**, v této fázi je nezbytná nepřetržitá péče a dohled. K předchozím příznakům přibývá výskyt bludů, halucinací, inkontinence moči i stolice, poruchy polykání spojené s rizikem aspirace potravy a hubnutí. Nemocný není schopen mluvit, může vydávat jen neartikulované zvuky. Reaguje pouze na fyzické impulzy - bolest, teplo, chlad, pohyb (Buijssen, 2006; Brunovský, 2003; Glenner, 2012).

2.1.2 Diagnostika Alzheimerovy choroby

Klinická diagnóza Alzheimerovy choroby je vždy pouze pravděpodobná, se stoprocentní jistotou lze diagnózu určit pouze histologicky, post mortem. Pro určení diagnózy Alzheimerovy choroby musejí být splněna následující kritéria:

- 1) Diagnóza demence stanovená klinickým vyšetřením a potvrzená neuropsychologickým vyšetřením s pomocí některého testu demence, jako například Mini mental state examination.
- 2) Porucha nejméně dvou poznávacích funkcí.
- 3) Rozvíjející se zhoršení poznávacích funkcí nebo paměti.
- 4) Nedochozí k poruše vědomí.
- 5) Rozvoj onemocnění mezi 40. a 90. rokem života.
- 6) Je vyloučeno jiné onemocnění, které by mohlo způsobit poruchu poznávacích funkcí (Jiráček, 1999).

Diagnózu dále podpoří průkaz progresivní deteriorace některých kognitivních funkcí např. afázie, apraxie, agnózie, porucha životní aktivity, změny chování, pozitivní rodinná anamnéza. Z laboratorních výsledků diagnózu posílí normální nález v likvoru, EEG v normě nebo s nespecifickými změnami (zpomalení aktivity). Opakované CT může prokázat progresivní atrofii mozku. Pro Alzheimerovu chorobu dále svědčí dočasně setrvalý stav při jinak progresivním průběhu choroby, nespavost, inkontinence,

deprese, halucinace či bludy, emoční nestabilita a ztráta hmotnosti. V pokročilých stádiích onemocnění se mohou vyskytovat i neurologické příznaky: zvýšený svalový tonus, poruchy chůze, myoklonus, epileptické příznaky. Naopak proti diagnóze nemoci hovoří náhlý začátek, ložiskové neurologické příznaky (hemiparéza), poruchy chůze či epileptické stavy vyskytující se od začátku choroby (Koukolík, 1998; Jiráček, 1999; Lužný 2012).

2.1.3 Terapie Alzheimerovy choroby

V současné době nedokážeme vyléčit příčinu Alzheimerovy choroby. Je ale možné farmakologickými i nefarmakologickými postupy zpomalit, či dočasně zastavit progresi demence a zmírnit některé její projevy. Léčba sestává ze dvou vzájemně se prolínajících kroků, behaviorálních a farmakogenních. Léčit lze narušené kognitivní funkce, emoční reaktivitu, jednání a chování, exekutivní schopnosti a je možné ovlivnit nežádoucí změny osobnosti pacienta. Tím může být docíleno zlepšení kvality života pacienta i jeho soběstačnosti, čímž se snižují nároky na ošetrovatelskou péči a oddaluje se nutnost hospitalizace pacienta (Pidrman, 2007; Hrdlička, Hrdličková, 1999).

Farmakologicky je možné podpořit kognitivní funkce pacienta. Nejčastějším způsobem léčby Alzheimerovy choroby je ovlivnění acetylcholinergního systému. Léky první volby, zejména v časných stádiích choroby, jsou inhibitory cholinesteráz. Tyto léky povětšinou zlepšují kognitivní funkce pacienta a zpomalují progresi choroby. Mohou však mít i neopomenutelné vedlejší účinky, nejčastěji nevolnost, nechutenství, bolesti břicha a průjem. Nekognitivní farmakoterapie je indikována za účelem zmírnění behaviorálních a psychologických příznaků demence. Při výskytu poruch spojených s agitovaností, jako je neklid, agresivita či psychotické příznaky se využívají antipsychotika. V případě depresivních poruch se podávají antidepresiva 2. a 3. generace. Při poruchách spánku jsou indikována antipsychotika či nebenzodiazepinová hypnotika (Růžička, 2003; Pidrman, 2007).

2.2 Ošetrovatelská péče u pacienta s Alzheimerovou chorobou

Pro zajištění kvalitní ošetrovatelské péče u pacienta s demencí je nezbytné znát a porozumět projevům choroby, ze kterých vycházejí i specifické požadavky na ošetrovatelskou péči. Správně zvládnutou strategií přístupu k pacientovi zamezíme některým nežádoucím situacím, jako je například agresivita či nespolupráce pacienta.

V počátečních stádiích choroby bývá ošetrovatelská péče poskytována v domácím prostředí rodinou pacienta s možným přispěním pečovatelské služby, agentur domácí ošetrovatelské péče a denních stacionářů. Některá specializovaná centra nabízejí rodinám pacientů respitní, odlehčovací pobyty. V pokročilé fázi demence pacient vyžaduje nepřetržitou, velmi náročnou ošetrovatelskou péči. Bývá tedy nezbytné jeho trvalé umístění do některého specializovaného zařízení se zaměřením na klienty s demencí. Kvalitu ošetrovatelské péče poskytované v těchto zařízeních kontroluje v České republice Česká Alzheimerovská společnost. Tato společnost vyvinula certifikační systém „Vážka“, kdy uděluje certifikát na základě provedeného auditu. Kritéria hodnocená při auditu jsou uvedena v příloze č. 2 (Hájková, Janečková a kol., 2013; Dušková, Hasalíková, 2010; Holmerová, Jarolímová a kol., 2007).

Vzhledem k tomu, že Alzheimerova choroba způsobuje ztrátu paměti a zhoršenou koordinaci pohybů, což má za následek zvýšené riziko zranění. Musí prostředí, ve kterém se pacient pohybuje splňovat bezpečnostní zásady. Častým problémem je i toulání, kdy se pacient vydá ven, ale následkem zhoršené orientace nedokáže najít cestu zpět. Z tohoto důvodu musí být specializovaná oddělení uzavřená. Aby nemocný nemohl sám odejít, je nutné zajistit i v domácím prostředí. Vzhledem ke zvýšenému riziku pádu musí být odstraněny veškeré překážky, o které by mohl pacient zakopnout (kabely, pohyblivé koberce, apod.). Nezbytná je také obuv s protiskluzovou podrážkou, vhodná jsou nejružnější madla a zábradlí. Další nebezpečí představují pro pacienty trpící demencí ostré předměty a nejružnější chemikálie, které by mohl nedopatřením požit. Je třeba dohlédnout na pravidelné užívání léků, které však musí být uchovány mimo dosah nemocného (Holmerová, 2007; Glenner, 2012).

S ohledem na výše jmenované doporučení, by však mělo být prostředí vždy útulné a působit příjemným dojmem. Zároveň má stimulovat a podporovat orientaci. K tomuto účelu poslouží výrazné hodiny, kalendář, označení toalety a podobně. Důležité prvky, například madla, by měly být výrazné a dobře viditelné. V pokoji specializovaného zařízení je také vhodné umístit předměty, které zná klient z domova a fotografie jeho blízkých. Prostor by se nemělo zbytečně měnit. Všeobecné sestry i ostatní ošetrovatelský personál zařízení musejí být proškoleny o problematice ošetrovatelské péče o pacienta s demencí a musejí ovládat strategie komunikace, zvládání konfliktů a ostatní specifické požadavky pacientů. Není žádoucí, aby se ošetrovatelé zbytečně často měnili. Ve směně musí být dostatek všeobecných sester i nižších zdravotnických

pracovníků, aby mohla být pacientům poskytnuta ošetrovatelská péče na odpovídající úrovni (Hájková, Janečková a kol., 2013; Glenner, 2012).

Nedílnou součástí kvalitní ošetrovatelské péče je dobrá spolupráce s rodinou pacienta. Ta poskytne všeobecným sestráм informace, které usnadní pochopení pacientových potřeb a umožní přizpůsobit ošetrovatelskou péči. Dalším důležitým aspektem péče je zajištění aktivizace pacientů například s využitím ergoterapie, zooterapie, muzikoterapie, reminiscenční terapie či nácviku kognitivních funkcí. Těmto aktivitám je věnována pozornost v samostatné kapitole. Pacienti musejí mít pevně stanovený denní řád, veškeré aktivity se odehrávají každý den ve stejný čas. To se týká ranního vstávání, hygieny, stravování i všech ostatních činností. Pravidelný průběh aktivit podporuje jistotu a pocit bezpečí pacientů a jakékoli změny jsou stresující. Proto je žádoucí zavést určité stereotypy, neměnit zbytečně prostředí pacienta ani všeobecné sestry (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007).

Problém může nastat, je-li nutná hospitalizace pacienta v nemocnici. Na změnu prostředí a ošetrovatelského personálu se osoby trpící demencí adaptují velmi těžko. Některá oddělení navíc nejsou dostatečně vybavena pro péči o takového pacienta a ani všeobecné sestry na standardních lůžkových odděleních mnohdy nejsou proškoleny o problematice Alzheimerovy choroby. Tyto faktory mohou mít za následek zhoršení některých behaviorálních a psychologických poruch pacienta. Ten v neznámém prostředí bloudí, pocituje úzkost a nepohodu, což může vést až k agresivnímu chování (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007).

2.2.1 Ošetrovatelské přístupy k člověku s Alzheimerovou chorobou

Člověk trpící Alzheimerovou chorobou je dospělý a pro úspěšný kontakt a spolupráci s takovým člověkem musí být tento fakt respektován. Přestože ztrácí některé dovednosti, stále se cítí být dospělým. Je přínosné informovat se u rodiny pacienta o jeho zvycích a vzorcích chování i v období před vznikem nemoci. Respektování a dodržování těchto vzorců usnadní kontakt s pacientem a získání jeho důvěry a spolupráce. Studie dokazují, že pokud je s dementním člověkem jednáno jako s dítětem, vyvolá v něm tento fakt pocit vlastní méněcennosti, závislosti na okolí a ponížení. To může mít za následek depresivní poruchy, případně agresivitu vůči pečujícímu a odmítání jeho péče. Navíc je takové chování pro pacienta hůře srozumitelné. Stav pacienta je nezvratný. Míru jeho soběstačnosti může částečně ovlivnit prostředí, ve kterém se pohybuje a podpůrné prostředky, které jsou

mu poskytnuty. Všeobecná sestra musí správně vyhodnotit skutečné schopnosti nemocného a poskytnout adekvátní pomoc (Williams, 2009; Zgola, 2003).

Je třeba vždy přistupovat k pacientovi trpělivě a empaticky. Všeobecná sestra aktivně vyhledává pacientovi potřeby, s ohledem na jeho sníženou schopnost tyto potřeby vyjádřit. Do popředí vystupují potřeby uznání, bezpečí, jistoty, lásky, sounáležitosti a seberealizace. Pacient by měl být co nejméně konfrontován se svojí nesoběstačností. Ošetřovatelský personál má být v co nejužším kontaktu s nemocným a eliminovat případné konflikty, zmatek a nedorozumění. Je vhodné se vyhýbat zbytečné kritice, která by mohla vyvolat v pacientovi pocit zahanbení, což by mohlo vést k neklidu, případně až k agresi vůči pečovateli. Naopak je žádoucí nechat pacienta vykonávat činnosti, které zvládá a které ho baví, přizpůsobit se jeho pomalejšímu tempu a podporovat jeho autonomii. Složitější úkony je nutné rozdělit na více jednodušších kroků. Úspěšně zvládnutý úkol podpoří pacientovu sebedůvěru a dobrou náladu, což usnadní i jeho spolupráci s všeobecnými sestrami. Dbá se na zachování důstojnosti pacienta, respektování jeho osobnosti, snahu pochopit, čím člověk trpící Alzheimerovou chorobou prochází, jaké jsou projevy této nemoci a co ovlivňuje jeho chování. Každý člověk je jedinečná osobnost a má jiné vzorce chování. Proto je vhodné zjistit dostatek informací o pacientově minulosti a chovat se k němu, pokud to je možné, tak jak byl dříve zvyklý (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007).

2.2.2 Potřeba aktivity a odpočinku u pacienta s Alzheimerovou chorobou

Vhodně zvolená aktivita přispívá ke zlepšení úrovně některých dovedností (chůze, motoriky, soběstačnosti, kognitivních funkcí), smysluplně vyplňuje volný čas, může zmírnit psychické a behaviorální příznaky demence a zlepšit komunikaci pacienta s okolím. Je nutné vždy volit aktivity přiměřené stavu pacienta, které adekvátně ovlivňují fyzickou i psychickou stránku, zajišťují sociální kontakty a stimulují senzorické funkce, podporovat pacientovy silnější stránky a realizování aktivit plánovat do prostředí, které pacient zná a orientuje se v něm. Tyto činnosti všeobecné sestry zařazují do pravidelného režimu pacienta (Pidrman, 2007).

Pro posílení paměti je dobré zadat pacientovi několik úkolů, které má během dne splnit, případně mu napsat seznam těchto úkolů a požádat ho, aby vždy po splnění daný úkol přeškrtnl. Aktivity zvolit, tak aby je pacient zvládal tak jak byl zvyklý před výskytem choroby. Obtíže mohou nastat i u zdánlivě jednoduchých úkolů – například oblékání či čištění zubů. Tato činnost se totiž skládá z mnoha malých úkonů, které pacient

nedokáže poskládat dohromady. Je tedy třeba takové činnosti co nejvíce zjednodušit (Callone, Kudlacek a kol., 2008; Buijssen, 2006).

Pro udržení psychické aktivity je přínosná kognitivní rehabilitace. V té jsou využívány nejrůznější techniky, například pojmenovávání předmětů, zapamatovávání si říkadel, řazení barevných tvarů. V příloze č. 3 jsou uvedena kognitivní cvičení vhodná pro pacienty s lehkou a středně těžkou kognitivní poruchou. Ocenění jakékoli úspěchu a nepoukazování na pacientovy chyby, patří také ke správnému přístupu. Dále lze využít reminiscenční terapii. Tato metoda oživuje vzpomínky pacienta pomocí starých fotografií, vyprávění příběhů, provádění nejrůznějších činností, na které byl pacient dříve zvyklý, zpěvu, tance a podobně. Pacienti s demencí mají potíže s krátkodobou pamětí, ale dlouhodobá paměť je zachována i v pokročilejších fázích demence. Cílem terapie je zlepšení komunikace s pacientem, posílení jeho důstojnosti a celkové zlepšení psychického stavu. Může probíhat individuálně i skupinově (Holmerová, Janečková 2005; Pidrman, 2007).

Žádoucí je přiměřená fyzická aktivita. Její nedostatek vede k narušení cyklu spánku a bdění, ale i k duševnímu chátrání způsobenému nedostatkem psychických stimulů. Může mít za následek snížení chuti k jídlu až následnou malnutrici. Je nutné volit cvičení odpovídající stavu pacienta. Cviky jsou jednoduché a snadno napodobitelné. Příklady cviků jsou uvedeny v příloze č. 4 (Pidrman, 2007).

2.2.3 Využití konceptu bazální stimulace u pacientů s Alzheimerovou chorobou

Jedná se o pedagogicko-ošetrovatelský koncept, který vychází z bazálních oblastí vnímání člověka, somatické, vestibulární, vibrační. Bazální stimulace podporuje hybnost, komunikaci a vnímání, maximálně podporuje autonomii člověka a zohledňuje jeho biografii v sestavování individuálního plánu ošetrovatelské péče. Technikami bazální stimulace mohou všeobecné sestry zklidnit agitovaného pacienta, zmírnit projevy problematického chování, zlepšit orientaci a aktivizovat ho v nějaké smysluplné činnosti. Poskytují pacientovi stimuly v oblasti komunikační, pohybové a kognitivní, což posiluje uvědomění si hranic vlastního těla i sebe sama. Stimulace probíhá v oblasti somatické, taktilně-haptické, optické, orální, vibrační, auditivní a olfaktorické. Ze somatické stimulace se často využívá nejrůznějších forem asistovaných úkonů sebedpéče - asistované koupání, česání, krmení, což maximálně podporuje zachování soběstačnosti klienta. Dále se využívá polohování v konceptu bazální stimulace -

hnízdo, mumie a mikropolohování. Provádějí se nejrůznější masáže a kontaktní dýchání. Vestibulární stimulace dokáže aktivizovat mozkovou aktivitu, ovlivnit svalový tonus zejména šíjových a zádových svalů a svalů dolních končetin a tím udržet po delší dobu schopnost stabilizovaného sedu. Integrací prvků bazální stimulace do běžné ošetrovatelské péče lze zvýšit komfort a bezpečnost pacienta a zároveň snížit ošetrovatelskou náročnost (Friedelová, 2012).

2.2.4 Ošetrovatelská péče u pacienta s behaviorálními a psychologickými poruchami při Alzheimerově chorobě

Poruchy nálady a chování jsou jedním z typických příznaků demence. Souhrnně jsou řazeny mezi nekognitivní poruchy. Behaviorální poruchy jsou definovány jako jakékoli chování ze strany pacienta, které může způsobit potíže či znepokojit pacienta nebo jeho okolí. Řadí se mezi ně agresivita, agitovanost, toulání, odbržděnost či poruchy stravování. Podle různých zdrojů se behaviorální a psychologické příznaky demence projevují u 50-90% pacientů trpících Alzheimerovou chorobou. Tyto poruchy znamenají velikou zátěž pro pečovatele. Jejich nedostatečné řešení velice znesnadňuje ošetrovatelskou péči o pacienta a může mít za následek selhání pečujícího (Ressner, Bártová a kol., 2011).

Obecně náchylnější k poruchám chování a emotivity jsou pacienti se smyslovou poruchou, s poruchou řeči, lidé prožívající nějakou negativní událost, dále pacienti, kteří prožívají jakýkoli somatický diskomfort, například bolesti, zhoršená hybnost způsobená chorobou nebo omezovacími prostředky. Ty bývají používány všeobecnými sestrami například v případě, že se u pacienta často vyskytují nebezpečné pády. Dále mají větší sklony k problematickému chování pacienti trpící hypoxií, která může být následkem anemie, srdečního selhání či chronické bronchitidy. Rizikovou skupinou jsou i pacienti, u kterých se vyskytuje dehydratace, hypoglykemie, renální insuficience, zánětlivé onemocnění nebo intoxikace (Jiráček, 2011).

Deprese je častým průvodním jevem demencí. Může být s demencí i zaměněna, vzhledem k podobným příznakům, jako jsou poruchy koncentrace, poruchy krátkodobé paměti, apatie a bradypsychismus. Deprese výrazně ovlivňuje zdravotní stav pacienta a kvalitu jeho života. Je tedy třeba ji včas odhalit. Existuje řada testů a škál hodnotících depresivitu dementních pacientů, například škála deprese dle Yesavage, viz příloha č. 5. Vzhledem k obtížné komunikaci s dementním pacientem musí všeobecná sestra

sledovat pacientův psychický stav, jeho zájem o aktivity a oblíbené činnosti. Pokud je možné navázat verbální kontakt, je vhodné zjistit, jak se pacient má a zda nepociťuje smutek. S postupující demencí je však odhalení deprese čím dál tím obtížnější. V případě podezření na depresi je nezbytné konzultovat pacientův stav s lékařem. Léčení deprese i přes nejistou diagnózu je menší chybou, než její neléčení. Deprese se nejčastěji vyskytuje v počátečním stádiu demence, kdy si člověk nejvíce uvědomuje svůj stav, pociťuje bezmocnost a rozhořčení z vlastního selhávání a také to, že není schopen se sám z této situace dostat (Buijsen, 2005; Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007).

Příznaky, které by měly všeobecnou sestru upozornit na možnou depresi, jsou tyto: apatie, nezájem o oblíbené činnosti, smutek, porucha spánku, nechutenství či nezvyklé přejídání, nadměrné pití alkoholu, plačtivost, zhoršení chronických obtíží a bolestí. V pokročilých stádiích demence, kdy již pacient není schopný komunikovat s ošetřujícím personálem, je možné odhalit depresi podle výrazu tváře, tzv. facies dolorosa nebo podle polohy těla, v případě deprese bývá pacient schoulený do sebe a neschopný lokomoce, může také zcela vymizet mimika a gestikulace. Dalším varovným příznakem je odmítání příjmu potravy a nápojů. Depresivita může být pozitivně ovlivněna nasazením správných léků, podporou pacienta v aktivitě a pohybu, aplikací muzikoterapie s využitím veselejší hudby, kterou má pacient rád, zajištěním různorodých činností a podnětů, vytvořením pravidelného denního režimu, využíváním taktilních podnětů, zajištěním příjemné společnosti a případně návštěvu rodiny, využitím reminiscence a vyvoláním příjemných pocitů. Zároveň je nutné vyhýbat se situacím, které zhoršují depresivitu pacienta (Tondlová, 2006; Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007).

Úzkost je u pacientů často spojena s adaptací na nové, neznámé prostředí. Objevuje se například na počátku hospitalizace. Může trvat i několik týdnů, než si pacient zvykne na nové prostředí. Úzkost může mít za následek i jiné poruchy, například problémy se spánkem nebo nechutenství. Pro zmírnění úzkosti musí všeobecná sestra vysvětlit pacientovi nastalou situaci, trpělivě mu zodpovědět všechny otázky a to i opakovaně. Pátrat po příčině úzkosti a odstranit ji, pokud je to možné, vyjádřit podporu a pochopení. Účinné je také vytvoření pravidelného denního režimu a zapojení nejrůznějších aktivit, které odpoutají pacientovu pozornost (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007).

Agresivitou rozumíme chování, které se vyskytuje zpravidla v afektu a má destruktivní charakter. Agrese může být vyjádřena verbálně či fyzicky vůči jiné osobě nebo předmětu. Je ale nutné upozornit, že agresivita pacientů s demencí se liší od agresivity zdravých lidí i pacientů s jiným onemocněním. Agrese může být pro dementního pacienta subjektivně jediným východiskem z dané situace, se kterou si neví rady. Často je reakcí na chybu v ošetrovatelské péči či nepochopení ze strany všeobecné sestry. Pacient není schopen vyjádřit svůj nesouhlas jiným způsobem, proto se uchyluje k agresivnímu jednání. Při řešení problémů s agresivním chováním se musí sestra vždy zaměřit se na jeho příčinu. Nejlepším řešením je vždy prevence. Je nutné zaměřit na situaci, která předcházela agresivní epizodě a v budoucnu se jí raději vyhnout. Důvodem agresivity může být nepochopení situaci. Pacient trpí poruchou myšlení a nedokáže si mnohé situace racionálně vysvětlit. Zapomíná například, proč k němu chodí cizí lidé a zasahují do jeho soukromí. To se může týkat i všeobecné sestry. Tento problém lze vyřešit pouze tak, že se každý přichozí představí a trpělivě vysvětlí, proč přišel. Další příčinou bývá obranná reakce při pocitu ohrožení. To opět souvisí s faktem, že pacient nepoznává pečujícího a nechápe situaci, ve které se vyskytl. Může se cítit ohrožen například při oblékání či osobní hygieně, kdy pečující nepříjemně zasahuje do jeho intimního prostoru. Může proto reagovat rozrušeně až agresivně. Tento problém je možné opět vyřešit trpělivým vysvětlením úkonu, který se pečující chystá provést. Agresi způsobuje i nespokojenost se svými schopnostmi. Pacienti se často nedokáží smířit se zhoršováním zdravotního stavu a neschopností vykonávat některé úkony. Na to musí být brán zřetel i u plánování společných aktivit. Všeobecné sestry musí vždy volit takové činnosti, které zbytečně neupozorňují na pacientovi nedostatky a v případě jeho neúspěchu mu citlivým způsobem dopomoci, nikoli upozornit na chybu. Pocit vlastní neschopnosti a bezmoci může také vyvolat agresivní chování (Buijsen, 2006; Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007).

Jakákoli změna, ať už prostředím či ošetrovatelského personálu způsobí pacientovi zmatek a stres. Ten může vyvolat agresivní chování i ve zdánlivě nenápadné a nevinné situaci. Stejně tak neočekávaná událost – rychlá změna, kterou pacient neočekává, ho může zneklidnit. Například pokud přijde všeobecná sestra ke klientovi zezadu a nečekaně ho osloví, případně se ho dotkne. Proto je žádoucí přistupovat k pacientovi tak, aby o nás věděl, a upozorňujeme na vše, co se chystáme udělat. Porucha paměti způsobuje, že pacient často ztrácí věci a peníze. Nemocný si nedokáže vzpomenout, kam hledaný předmět uložil. To ho může dovést k závěru, že mu někdo přerovnává,

schovává či dokonce krade věci. Tím často dochází ke konfliktům mezi pacientem a všeobecnou sestrou, která bývá konfrontována s pacientovou podezíravostí. Agresivita se může projevit, pokud se pečovatel snaží zvládnout jiné problémové chování pacienta. Potom je důležité nalézt správný postup ke zmírnění projevů původního problematického chování, ne řešit pouze agresivitu. V některých případech může mít agresivní chování příčinu ve snaze pacienta upoutat pozornost okolí či ho manipulovat tak, aby získal, co si přeje. V takovém případě je řešení situace velmi obtížné (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007).

V případě, že se nepodařilo předejít agresivnímu chování klienta, je třeba najít vhodný způsob jeho uklidnění. Reakce jednotlivých pacientů se mohou lišit, proto je nezbytný individuální přístup. Všeobecná sestra musí pacienta ujistit, že bere jeho hněv vážně a že mu rozumí. Pokud to lze, je vhodné člověka co nejdříve oddělit od zdroje jeho rozhořčení. Některé pacienty uklidní fyzický kontakt, například uchopení za ruku. U jiných může takové jednání naopak vyvolat i fyzickou agresi vůči ošetřovateli. Je proto nezbytný opatrný přístup sestry. Za všech okolností musí všeobecná sestra jednat klidně a bez emocí, ale také jistě a rozhodně. V případě chování, které může ohrozit pacienta nebo jeho okolí je nutný zásah pečujících. Postačí podržení rukou a klidné, trpělivé sdělení, že takové chování je nepřijatelné, proto je nutné mu zabránit. Všeobecná sestra může klidnou řečí klienta upokojit a odvést jeho pozornost od situace, která agresivitu vyvolala. Je také možné nabídnout nějaký oblíbený předmět, který odpoutá pozornost. Samozřejmě to nesmí být nic, čím by pacient mohl poranit sebe či své okolí. Pokud nic z toho nezabírá, je vhodné se vzdálit a nechat pacientovi prostor pro uklidnění. Po zklidnění situace je možné zeptat se pacienta, co ho tolik rozrušilo a následně se takové situaci vyhýbat (Buijssen, 2006; Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007).

Jako agitovanost je označováno neagresivní chování, kdy je pacient neustále neklidný, snaží se na sebe upoutat pozornost, někdy může křičet, naříkat, vydávat nejrůznější neartikulované zvuky a opakovat stále dokola tutéž větu. Nemocní také často odcházejí z domova nebo provádějí nejrůznější neadekvátní činnosti, může se vyskytnout delirium, opakování pohybů, které mohou připomínat nejrůznější činnosti. Závislé chování pacientů s demencí pramení z pocitu nejistoty, nedostatku bezpečí a následné úzkosti a strachu způsobeného úbytkem vlastních schopností. Pacient již nerozumí svému okolí, a proto se snaží být na blízku někomu, koho zná a kdo má celou situaci pod kontrolou. To může způsobit nesnáze v případě, že se pečující potřebuje vzdálit,

případně pokud o pacienta pečují více osob. Proto je vhodné nemocného připravovat na odloučení již v počáteční fázi choroby, kdy je ještě schopen zapamatovat si nové poznatky. Je třeba docílit toho, aby se pacient cítil bezpečně se všemi pečovateli. Nemocného bychom také měli vždy informovat o tom, kam jdeme a kdy se k němu vrátíme. Můžeme mu tyto informace také napsat. V některých případech také pomáhá, nabídneme-li nějakou činnost, čímž odlákáme jeho pozornost (Buijssen, 2006; Jiráček, 2011).

Zhoršující se ztráta paměti způsobuje také časté bloudění. Pacient již nedokáže nalézt cestu, kterou dříve dobře znal. Bloudění však může mít více důvodů, po kterých je nutné pátrat. Jednou z možných příčin toulání je dyskomfort pacienta z důvodu bolestí či svědění. Dále může dojít k takovému jednání v případě neuspokojené potřeby pacienta. Dalším důvodem bloudění bývá dezorientace po přesunu do jiného prostředí. Bezcílné přecházení může být i příznakem neklidu či strachu z prostředí, které již pacient nepoznává. Může hledat své blízké, mít o ně obavy. Je vhodné, aby v takovém případě všeobecná sestra pacienta ujistila, že jsou všichni v pořádku a že za ním přijdou brzy na návštěvu. Další možnou příčinou bezcílného bloudění je stres, například z nepochopení situace či z bezradnosti při řešení úkolu nebo situace, dále pak osamělost či nuda. V takovém případě je situace snadno řešitelná nalezením vhodné aktivity a zábavy pacienta. Situace může být pro pacienta značně nebezpečná a to hlavně v případě, že odchází z oddělení či z domova. Mnohdy totiž nenajde cestu zpět. Častým problémem je také noční bloudění. Pacienti trpící Alzheimerovou chorobou mívají často spánkovou inverzi, jejíž příčinou může být špatný denní režim či medikace. Při potížích s blouděním je nezbytné podniknout bezpečnostní opatření. Je-li to možné, mělo by být oddělení či byt uzavřeno tak, aby pacient nemohl sám bez doprovodu odejít. Vhodnou pomůckou jsou nejrůznější identifikační štítky či náramky na ruce nebo krku pacienta, na kterých je uveden kontakt na pečovatele pro případ, že pacient zabloudí. V případě domácí péče je vhodné upozornit i sousedy na potíže pacienta a požádat je o spolupráci (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007; Zgola, 2003).

Tyto projevy nejsou pro pacienta nijak nebezpečné, ztěžují ale péči rodinným příslušníkům i všeobecným sestram. Hlasité projevy mohou být známkou spokojenosti a pohody, ale také úzkosti a dyskomfortu. Vždy je tedy třeba pátrat po příčině tohoto chování, aby bylo možné odstranit případné zdroje nespokojenosti. Jedná-li se pouze

o vyjádření dobré nálady, lze v některých případech tyto projevy usměrnit odvedením pozornosti pacienta na jinou činnost (Buijssen, 2006).

2.2.5 Komunikace v ošetrovatelské péči u pacientů s Alzheimerovou chorobou

Alzheimerova choroba a ostatní demence zhoršují komunikační schopnost pacienta. Demence způsobuje potíže s vyjádřením vlastních myšlenek a pocitů i s porozuměním druhé osobě. Tyto změny jsou individuální a závisí na postupu choroby. V počátečních fázích nemusí být komunikační schopnost příliš poznamenána, s rozvojem nemoci se ale zhoršuje. Pacient často používá dobře známá slova, nedokáže si vybavit některé pojmy, vymýšlí nová slova pro pojmenování předmětů, má potíže s logickým uspořádáním věty (Buijssen, 2006).

Pro úspěšné navázání kontaktu s nemocným se musí všeobecná sestra řídit několika zásadami. Pacienta vždy oslovuje jménem, čímž získá jeho pozornost. I ona se identifikuje, pro případ že by pacient zapomněl, o koho se jedná. Musí být používána jednoduchá slova a věty, nespojuje se více informací do jednoho souvětí. Je dobré používat v jedné větě vždy jen jedno sloveso. Složitější sdělení je vhodné rozdělit do více jednoduchých, krátkých vět, nejlépe o 4-6 slovech. Řeč musí být výrazná a pomalá, tak aby měl pacient dostatek času k pochopení sdělení. Je ale třeba zachovat intonaci a neoddělovat slova zbytečnými mezerami. V případě, že pacient všeobecné sestře hned neporozumí, je žádoucí zopakovat sdělení znovu stejnými slovy. Je-li předchozí myšlenka vyjádřena odlišnými slovy, způsobí v pacientově mysli zbytečný, ještě větší zmatek. Není vhodné nepřesné vyjadřování, a využívání metafor a zájmen. Je žádoucí vždy konkrétní označení i za cenu toho, že se ve větě několikrát opakuje. Všeobecná sestra musí být trpělivá, ukázat zájem, podporovat pacienta v komunikaci a nepřerušovat ho. Udrží klidné tempo hovoru, volí klidný tón hlasu. Pacient dobře vnímá neverbální projevy, je tedy třeba udržovat oční kontakt, usmívat se, chovat se klidně a uvolněně. Pacient vnímá více emoční zabarvení sdělení, než samotný obsah slov. Není vhodné opravovat pacientovy chyby v komunikaci, nebo vyvracet jeho názory. V případě neúspěšné verbální komunikace mohou dobře posloužit gesta a názorné ukázky. Například pokud všeobecná sestra chce, aby si osoba sedla, ukáže na příslušnou židli. Je třeba eliminovat zbytečné rušivé faktory, aby se mohl pacient plně soustředit na naše sdělení (Weirather, 2010).

Při získávání informací od pacienta musí všeobecná sestra přizpůsobit kladené otázky jeho mentálnímu stavu. Nejobtížnější je pro člověka trpícího demencí výzva typu „řekněte mi něco o tomto“. Pacient nám není schopen poskytnout produktivní odpověď na takto otevřené otázky. Úspěšnější může být otázka typu „co, kdo, kde, proč a jak?“. I ty však vyžadují pacientovo veliké úsilí a nemusí přinést požadovanou odpověď. Pokud neobstojí ani tyto dotazy, může sestra položit otázku, na kterou lze odpovědět pouze „ano“ či „ne“, případně nabídnout možné odpovědi. Je také nutné být opatrný a ujistit se, zda chtěl pacient opravdu odpovědět „ano.“ Tuto odpověď totiž volí pacienti trpící demencí i v případě, že si nejsou jisti odpovědí. To může mít za následek nedorozumění a nespolupráci pacienta (Weirather, 2010).

2.2.6 Hodnocení mentálních funkcí u pacientů s Alzheimerovou chorobou

Pro zajištění adekvátní ošetrovatelské péče je nezbytné znát míru postižení kognitivních funkcí pacienta. K vyhodnocení mentálního stavu lze využít nejrůznější testy kognitivních schopností. Zde uvedené škály jsou v praxi snadno aplikovatelné a mohou být prováděny všeobecnými sestrami (Topinková, 1999).

Jedním z nejběžnějších a často používaných testů kognitivních funkcí je Mini-mental state examination (MMSE, krátká škála mentálního stavu, viz příloha č. 6). Tato škála hodnotí orientaci, paměť a vybavnost, pozornost, řeč, rozpoznávání, praktické zacházení s předměty, čtení, psaní, počítání a zrakově prostorové schopnosti prostřednictvím kreslení. Je součástí diagnostického procesu demence, kde ukazuje míru postižení kognitivních funkcí. Test se skládá z 30 otázek a úkolů, které se hodnotí po jednom bodu za správné provedení. Hodnocení 24 a méně bodů znamená poruchu kognitivních funkcí. 18-24 bodů svědčí pro lehkou demenci, 5-17 bodů znamená středně těžkou demenci a méně než 6 bodů poukazuje na těžkou formu demence. S progresí demence klesá bodové hodnocení, u Alzheimerovy choroby je obvyklý roční pokles 3-4 body (Topinková, 1999).

Dalším běžným testem je „test kreslení hodin.“ Ten umožní všeobecným sestram zhodnotit, pacientovu paměť, vizuálně-konstrukční schopnosti a výkonné funkce, představivost a vlastní provedení. Jedná se o rychlou, ale přínosnou metodu. Probíhá tak, že je pacient požádán, aby nakreslil na čistý list papíru hodiny a zaznamenal na ně určitý čas. Je možné předkreslit pacientovi kruh, do kterého doplňuje číslice hodin. Hodnotí se základní vlastnosti hodin, jako je tvar ciferníku, umístění číslic

a délka a umístění ručiček. Bodové hodnocení je od 1 bodu (bezchybné provedení) do 6 bodů (hodiny nejsou zakresleny). Pro demenci je typický výsledek 3 a více bodů. Při lehčích formách demence se nejprve vyskytuje chybné zakreslení ručiček (Topinková, 1999).

2.2.7 Zajištění potřeby výživy u pacientů s Alzheimerovou chorobou

Poruchy výživy jsou častou komplikací Alzheimerovy choroby. Častěji se projevuje malnutrice, v některých případech se ale vyskytuje naopak obezita, zejména u pacientů se sklonem k přejídání. Stav výživy musí všeobecná sestra pečlivě sledovat. Malnutrice má za následek mnohé další komplikace, infekční onemocnění, dekubity či pocity únavy. Varovné příznaky, které upozorní na malnutrici, jsou tyto: vymizelá svalová tkáň, vymizelá tuková tkáň, retence tekutin, poškození kůže a kožních adnex, popraskané koutky úst, anemie či alopecie. Je třeba sledovat energetický příjem pacienta. Nemocný si sám nedokáže zajistit jídelníček s dostatečně pestrou stravou, často také na jídlo zapomíná. Všeobecná sestra musí nabídnout pacientovi dostatečně pestrou, chutnou a lákavě vypadající stravu. Podle schopností pacienta upraví jídlo tak, aby šlo snáze konzumovat. Je nutné dbát na správný poměr základních živin a energetickou vydatnost (Glennier, 2012; Navrátilová, 2003; Těšínský, 2003).

Výživové hodnoty potravin lze zvýšit přidáním některých přísad. Pokud je třeba zvýšit celkovou energetickou vydatnost potravin, lze přidat čerstvé kvalitní tuky. Dále je možné přidávat sacharidy nezatěžující zažívací trakt, ideálně maltodextriny. Ty nijak neovlivní chuť potravin a snadno se rozpouštějí, lze je tedy přidat prakticky do jakéhokoli jídla i nápoje. Množství bílkovin je možno zvýšit koncentrovanými bílkovinnými preparáty založenými většinou na mléčné bílkovině. Ty lze opět přidat k jakékoli potravine. Existují také kombinované přípravky obsahující všechny potřebné živiny a vitamíny. Možností podpory nutrice je sipping, neboli popíjení výživných nápojů během celého dne. V případě neschopnosti příjmu potravy per os podává všeobecná sestra výživu sondou. Pro pacienta s demencí bývá příjem potravy velice obtížný. Může mít problémy s používáním příboru, se žvýkáním i s polykáním. Hrozí také velké riziko aspirace potravy, je tedy nezbytné na pacienta během jídla dohlédnout. V některých případech poruch polykání mohou komplikace nastávat zejména při polykání tekutých a drobných soust. Takový problém lze vyřešit zahušťováním řídkých potravin a nápojů například modifikovaným kukuřičným škrobem. Dosažením určité

konzistence pokrmu je pacientovi usnadněno polykání, což omezí riziko aspirace a následné komplikace (Navrátilová, 2003; Glenner, 2012).

Nesmí být opomenuta ani dostatečná hydratace pacienta. S vyšším věkem je spojena zhoršená percepce žízně. U pacientů s demencí se tato porucha ještě zvyrazňuje. K udržení dostatečné hydratace je vhodné zavést metodu počítání sklenek a vytvořit z pití jakýsi rituál. Objem přijatých tekutin by měl být minimálně o 0,5 litru vyšší než diuréza. Na případnou dehydrataci upozorní všeobecnou sestru stav sliznic, zejména jazyka, který s dehydratací ztrácí svojí vlhkost, tvoří se na něm bělavý povlak a stává se zvrásněným. Může se také zhoršit dezorientace, pacient je nezvykle neklidný nebo naopak apatický. Nejvhodnějším nápojem je čistá voda, případně slabý čaj či ředěné ovocné a zeleninové šťávy. Mineralizované vody jsou vhodné pouze v omezeném množství. Pití sycených a slazených limonád a ochucených vod je nežádoucí. Nedostatečná hydratace způsobuje bolesti hlavy, únavu, zácpu, následně až poruchy funkce ledvin a infekce močových cest. Může vyústit i v selhání oběhu. Obecně pro udržení dobrého stavu pacienta musí všeobecná sestra dohlédnout na dostatečně pestrou stravu s omezením sacharidů a soli, přiměřenou fyzickou aktivitu a dostatečnou hydrataci. Je nezbytné pravidelně, nejlépe jednou týdně kontrolovat tělesnou hmotnost (Jeligová, Kožíšek, 2010; Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008; Těšínský, 2003).

2.2.8 Zajištění potřeby vyprazdňování u pacientů s Alzheimerovou chorobou

Inkontinence moči a stolice je specifickým problémem doprovázejícím demenci. U některých pacientů se vyskytuje relativně brzy, u jiných až v pozdějších fázích choroby. Inkontinence moči se začíná vyskytovat zejména ve 2. fázi demence, inkontinence stolice přichází až později, většinou ve fázi pokročilé demence. Přesto, že se jedná o velmi častou komplikaci, je nezbytné konzultovat tento problém s urologem či gynekologem a vyloučit jiné příčiny inkontinence, než je samotná kognitivní porucha. Je možné, že se jedná o banální infekci močových cest, jejíž terapie může zmírnit obtíže (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007).

Inkontinence má mnoho příčin. Pacient může nesprávně vyhodnotit potřebu, zapomenout na ní, mnohdy si také nedokáže vybavit, kde se nachází toaleta, nedokáže si poradit s oblečením, splete si místo mikce a podobně. Častěji se tyto problémy mohou vyskytnout při nervozitě. Pro udržení kontinence po co nejdelší možnou dobu je klíčové, aby všeobecná sestra zavedla pravidelný mikční režim. Je třeba

zakomponovat pravidelné docházení na toaletu do denního řádu pacienta tak, aby si na něj navykl. Vhodný interval docházení na toaletu je maximálně po dvou hodinách. Takový režim minimalizuje potřebu inkontinenčních pomůcek. Ty je sice i nadále třeba používat, ale jedná se jen o jakousi pojistku pro případ nehody. Přes noc je vhodné umístit poblíž lůžka toaletní židli či mísu. Toaleta určená pro pacienta trpícího demencí musí být vždy zřetelně označena, nejlépe srozumitelným obrázkem či výrazným nápisem pro usnadnění orientace. Dále by měla být dostatečně prostorná, čistá, opatřena potřebnými madly, aby se na ní pacient cítil dobře a nebránil se pobytu na toaletě. Je nezbytné udržovat co největší míru kontinence a tím i komfort pacienta. Případné pomočení může brát pacient jako osobní prohru a selhání, na což reaguje plačtivostí, neklidem či agresivitou. V případě nezvládnutí situace je tedy nezbytné velice taktně chování ze strany personálu. Používání permanentních močových katétrů je ve většině případů zbytečné, vzhledem k riziku infekce a nepohodlí klienta. Všeobecná sestra může inkontinence vyřešit jinými vhodnými ochrannými pomůckami, například vložnými plenami či absorpčními kalhotkami (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007).

2.2.9 Ošetřovatelská diagnóza bolest u pacientů s Alzheimerovou chorobou

Pacient s demencí pociťuje bolesti stejně, jako člověk bez kognitivní poruchy, tento problém tedy nesmí být opomíjen. Až 80% lidí staršího věku trpí nejrůznějšími bolestmi muskuloskeletárního aparátu či neurologickými bolestmi. Na rozdíl od člověka bez kognitivní poruchy ale pacient trpící demencí mnohdy nedokáže bolest vyjádřit. Zejména v pokročilém stádiu demence, kdy již pacient není schopný verbálně komunikovat, ani nerozumí dotazům, se musí všeobecná sestra spoléhat zejména na neverbální projevy pacienta a zaměřit se na bolestivé projevy. Bolest bývá u seniorů podceňována, u dementních pacientů to platí dvojnásob. Neléčená bolest s sebou přitom přináší mnohé další komplikace. V první řadě výrazně zhoršuje komfort pacienta. To může mimo jiné vyvolat neklid, agresivitu či jiné poruchy chování a následné zbytečné nasazení psychofarmak, které ale bolest nijak nezmírní a navíc znamenají značnou zátěž pro organismus. Dalším faktem je, že bolest může být vyvolána nějakým jiným závažným onemocněním, které nemusí mít jiné zřejmé příznaky a není tedy odhaleno. Dle studie M. Douzjian a kolektivu, při které byla pacientům s těžkou demencí a poruchami chování empiricky nasazena analgetika, došlo u velké části

pacientů ke zmírnění poruch chování a bylo možno vysadit 75% psychofarmak. To je jistě důkazem, že by se bolesti u pacientů s demencí měla věnovat mnohem větší pozornost, než je tomu nyní (Holmerová, Vaňková, Baumanová, Jurašová, 2009; Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007).

Jak tedy může všeobecná sestra odhalit, že klient trpí bolestmi? Jak už bylo řečeno, pacient s těžkou demencí nedokáže bolest pojmenovat ani lokalizovat. Je tedy třeba zaměřit se v ošetrovatelské péči na ostatní projevy bolesti. Hodnotí se například výraz v obličeji, v klidu i při ošetrovatelských činnostech, dále postavení končetin a případné hlasové projevy. Existují i škály pro hodnocení bolesti zaměřené na pacienty s demencí. Jednou z nich je stupnice PAINAD (viz příloha č. 7). Je porovnatelná se stupnicí VAS. Správné vyhodnocení stupně bolesti však vyžaduje určité zkušenosti všeobecné sestry s pacienty trpícími demencí. U dýchání sestra hodnotí pravidelnost, namáhavost, případnou hyperventilaci, nejružnější zvuky doprovázející dýchání. U vokalizace se zaměřuje na tón hlasu, podrážděnost, úpění, sténání či pláč. Ve tváři všeobecná sestra pátrá po smutném, vyděšeném či zamračeném výrazu a případných bolestivých grimasách. Bolest může ovlivnit i postavení těla. Je nutné vyzorovat, zda není pacient strnulý, napjatý, zda nemá zatážené pěsti, pevně stisknuté čelisti, kolena přitažená k trupu a podobně. Dalším výrazem bolesti může být neklid a agresivita. Poslední hodnocenou položkou této škály je utěšitelnost. Zde všeobecná sestra hodnotí, zda je možné zmírnit bolestivé projevy pacienta například odpoutáním jeho pozornosti, hlasem či dotekem (Klevetová, 2010).

3 Výzkumná část

3.1 Cíle a výzkumné předpoklady

Pro výzkumnou část bakalářské práce byly stanoveny tři cíle, které byly zaměřeny na zjištění rozdílu v informovanosti všeobecných sester pracujících na odděleních následné péče a všeobecných sester z oddělení specializovaných na péči o pacienta s demencí.

- 3. Cíl: Porovnat informovanost všeobecných sester z oddělení LDN a všeobecných sester z pracovišť specializujících se na péči o pacienta s demencí.**
- 3. Cíl: Zjistit závislost mezi délkou praxe všeobecné sestry v oboru a informovaností o problematice Alzheimerovy choroby.**
- 3. Cíl: Zjistit nejčastější komplikace při ošetrovatelské péči o pacienta trpícího Alzheimerovou chorobou.**

V souladu s cíly bakalářské práce a na základě pilotní studie byly stanoveny tyto výzkumné předpoklady:

- 3. Předpokládá se, že všeobecné sestry z oddělení specializovaných na péči o pacienta s demencí budou lépe informovány o problematice Alzheimerovy choroby než všeobecné sestry z oddělení LDN.
- 3. Předpokládá se, že s narůstající dobou praxe stoupá informovanost o dané problematice.
- 3. Předpokládá se, že jako nejčastější komplikace při péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou uvedou všeobecné sestry problémy s komunikací, zapomnětlivost a poruchy chování.

3.2 Metodika výzkumu

Výzkumná část práce je založena na kvantitativním výzkumu realizovaném prostřednictvím dotazníků (Viz příloha č. 8) osobně předaných vrchním sestrám, jednotlivých oddělení, které je rozdaly svým zaměstnancům. Dotazník se skládal z 20 otázek, uzavřených i otevřených.

Za účelem předběžného zmapování znalostí všeobecných sester a ověření srozumitelnosti dotazníku byla provedena pilotní studie. Bylo osloveno 10 respondentů, kteří vyplnili dotazník a dostali prostor pro případné připomínky. Z výsledků studie vyplynulo, že respondenti pracující na specializovaném oddělení mají hlubší znalosti o Alzheimerově chorobě, než respondenti z oddělení následné péče. Dále bylo zjištěno, že všeobecné sestry pracující v oboru více než 10 let mají více znalostí o problematice Alzheimerovy choroby, než sestry s praxí kratší než 10 let. Posledním poznatkem získaným z pilotní studie byla informace o nejčastějších komplikacích vyskytujících se v péči o pacienta s demencí. Nejčastěji respondenti uváděli jako komplikaci zhoršenou komunikaci, dále poruchy chování (agresivita, agitovanost, bloudění) a zapomnětlivost. Na základě výsledků pilotní studie byly formulovány výzkumné předpoklady.

3.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Do souboru respondentů samotného výzkumu byly zahrnuty všeobecné sestry z oddělení následné péče Krajské nemocnice Liberec (19 dotazníků), oddělení CEDR v Jablonci nad Nisou (10 dotazníků), Diakonie ČCE ve Dvoře Králové (15 dotazníků) a z domova seniorů Františkov v Liberci (14 dotazníků). Respondenti byli rozděleni do dvou skupin. První skupinu tvoří všeobecné sestry z oddělení následné péče (Oddělení následné péče Krajské nemocnice Liberec, oddělení CEDR v Jablonci nad Nisou), od nichž bylo získáno celkem 29 dotazníků. Druhá skupina je složena ze všeobecných sester z oddělení specializovaných na péči o klienta s demencí (Domov seniorů Františkov a Diakonie ČCE ve Dvoře Králové), které vyplnily také celkem 29 dotazníků.

Dotazníky byly odevzdány vrchním sestrám každého zařízení, které je předaly svým zaměstnancům. Vyplnění dotazníku bylo zcela dobrovolné. Rozdáno bylo 70 dotazníků, 58 z nich bylo vyplněno. Návratnost dotazníku tedy byla 82,8%.

3.4 Charakteristika dotazníku

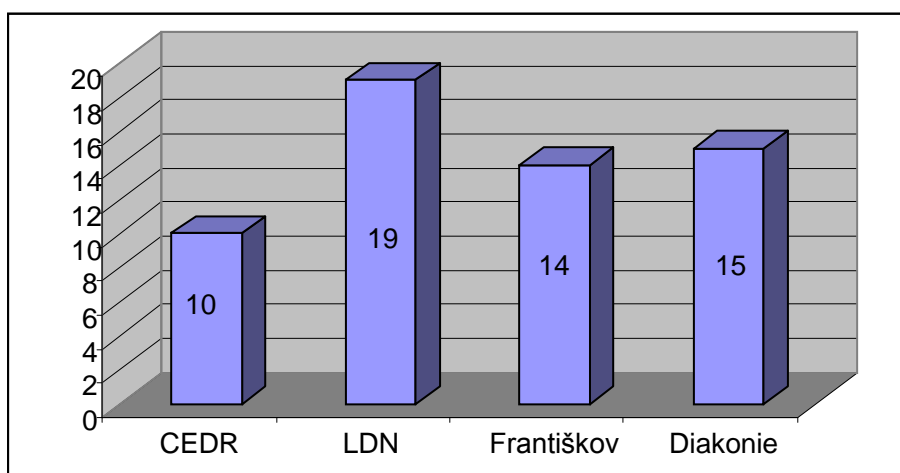
Dotazník rozdaný respondentům byl zcela anonymní. Srozumitelnost dotazníku byla otestována pomocí pilotní studie. Žádný z deseti respondentů neměl problém se srozumitelností otázek. Dotazník byl tedy rozdán v původní podobě. Krátký úvod informuje respondenty o účelu výzkumu. V první části dotazník zjišťuje pracoviště všeobecné sestry, dobu její praxe v oboru a četnost hospitalizace pacientů trpících Alzheimerovou chorobou na pracovišti. Druhá část obsahuje znalostní otázky týkající se Alzheimerovy choroby. V některých otázkách vybírá respondent správnou odpověď z více možností, některé jsou otevřené. Dle správnosti odpovědí na tyto dotazy je zjištěna míra informovanosti respondenta a následně může být porovnána informovanost respondentů jednotlivých kategorií. Další část dotazníku zjišťuje nejčastější komplikace, které nastávají v průběhu ošetrovatelské péče o pacienta s demencí. Tato otázka je otevřená, Pro úplnost jsou respondenti tázáni, zda se účastní přednášek či seminářů o problematice Alzheimerovy choroby a zda by uvítali více informací o dané problematice. Dotazníky byly rozděleny dle kategorií respondentů (dle pracoviště a následně dle délky praxe v oboru) a následně ručně vyhodnoceny.

3.5 Analýza dotazníkových položek

Analýza dotazníkové položky č. 1

Tabulka č. 1: Pracoviště respondentů

pracoviště	CEDR		LDN		Diakonie ČCE		DS Františkov	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost v (%)
	10	17,2%	19	32,8	15	25,9	14	24,1
Součet v kategorii	29 (50%)				29 (50%)			



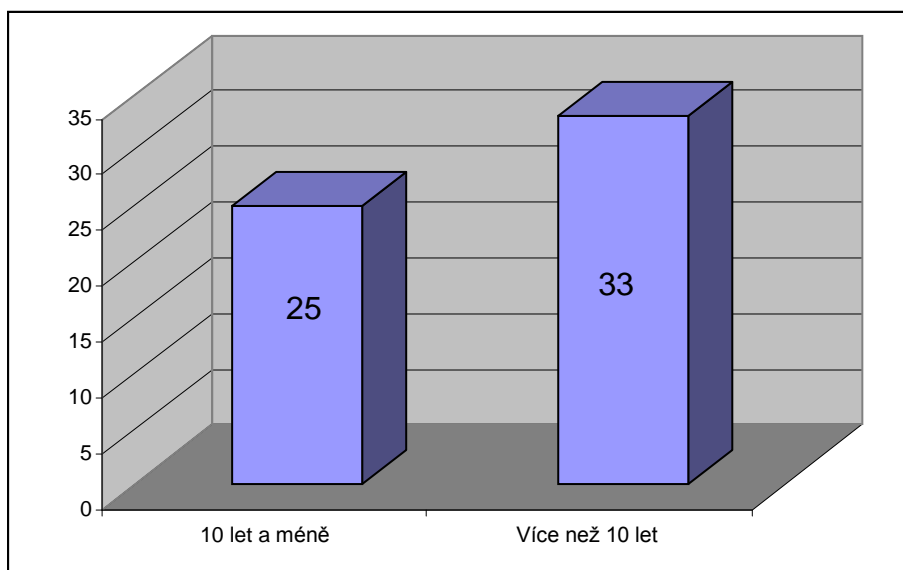
Graf č. 1: Pracoviště respondentů

Tato otázka zjišťovala pracoviště, kde jsou respondenti zaměstnáni. Získány byly odpovědi od 15 (25,9%) respondentů z Diakonie ČCE ve Dvoře Králové, 14 (24,1%) respondentů z domova seniorů Františkov, což je dohromady 29 (50%) respondentů ze specializovaných oddělení. Dále bylo získáno 19 (32,8%) odpovědí od respondentů z oddělení LDN a 10 (17,2%) z oddělení CEDR v Jablonci nad Nisou. To činí celkem 29 (50%) respondentů z oddělení následné péče (tabulka č. 1 a graf č. 1).

Analýza dotazníkové položky č. 2

Tabulka č. 2: Délka praxe v oboru

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
10 let a méně	25	43,1
Více než 10 let	33	56,9
celkem	58	100



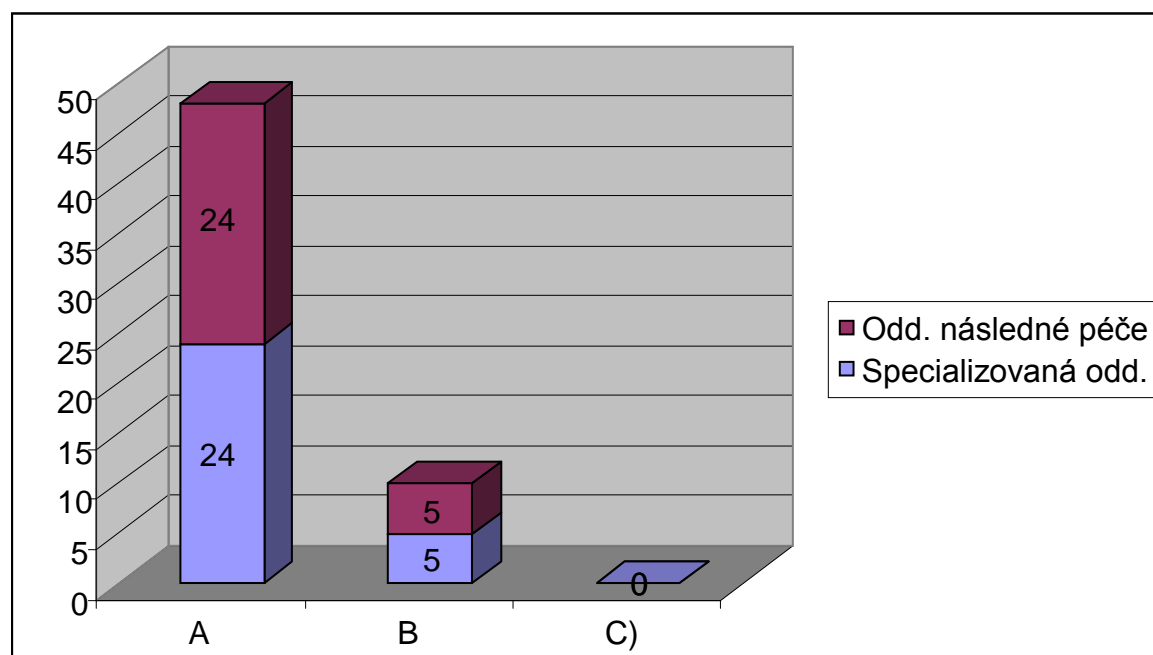
Graf č. 2: Délka praxe v oboru

Tabulka č. 2 a graf č. 2 znázorňují délku praxe respondentů v oboru. Na základě odpovědí v dotazníku byly všeobecné sestry rozděleny do dvou skupin, „10 let a méně“ a „Více než 10 let.“ Do kategorie „10 let a méně“ spadá 25 (43,1%) respondentů, do kategorie „Více než 10 let“ 33 (56,9%) respondentů.

Analýza dotazníkové položky č. 3

Tabulka č. 3: Četnost pacientů trpících Alzheimerovou chorobou

	Specializovaná odd.		Odd. následné péče		celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A	24	82,2	24	82,2	48	82,8
B	5	17,2	5	17,2	10	17,2
C	0	0	0	0	0	0
celkem	29	100	29	100	58	100



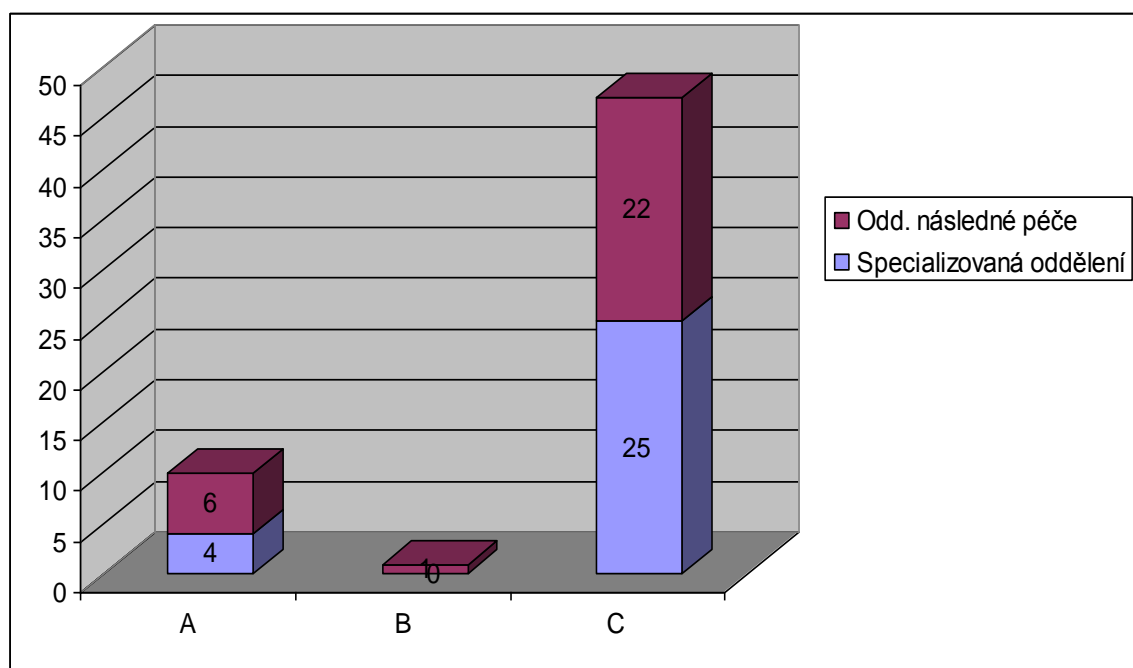
Graf č. 3: Četnost pacientů trpících Alzheimerovou chorobou

Tabulka č. 3 a graf č. 3 znázorňují odpovědi respondentů na otázku, jak často se setkávají s pacienty trpícími Alzheimerovou chorobou. Shodně 24 (82,8%) respondentů ze specializovaných oddělení i z oddělení následné péče uvedlo, že se s pacienty trpícími Alzheimerovou chorobou setkávají každý den. 5 (17,24%) respondentů ze specializovaných oddělení i z oddělení následné péče uvedlo, že se s těmito pacienty setkávají každý týden. Menší četnost hospitalizace pacienta s demencí neuvedl žádný z respondentů.

Analýza dotazníkové položky č. 4

Tabulka č 4: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 4

	Specializovaná odd.		Odd. následné péče		celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A	4	13,8	6	20,7	10	17,2
B	0	0	1	3,5	1	1,7
C	25	86	22	75,9	47	81
celkem	29	100	29	100	58	100



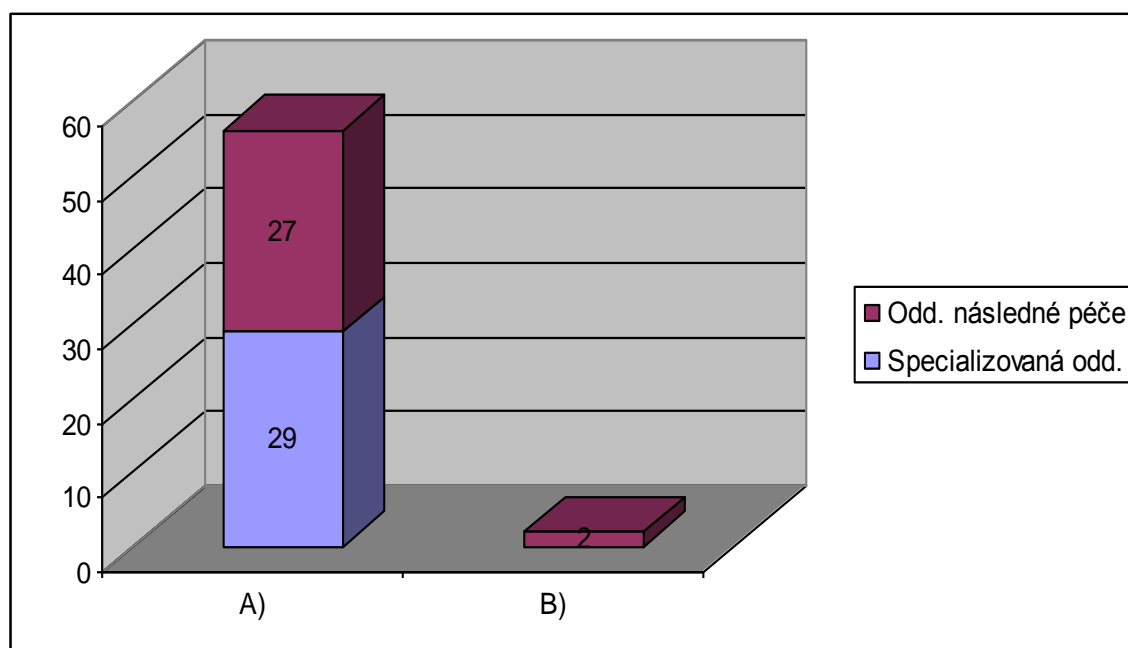
Graf č. 4: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 4

Tabulka č. 4 a graf č. 4 znázorňují odpovědi respondentů na znalostní otázku „Co je nejčastěji prvním nápadným znakem počínající Alzheimerovy choroby.“ Na tuto otázku odpovědělo správně volbou možnosti „zhoršování paměti“ 25 (86,2%) respondentů ze specializovaných oddělení a 22 (75,9%) respondentů z oddělení LDN. Celkem tedy 47 (81%) respondentů. Nesprávnou odpověď „dezorientace“ zvolili 4 (13,8%) respondenti ze specializovaných oddělení a 6 (20,7%) respondentů z oddělení LDN. Celkem tedy 10 (17,24%) dotázaných. Odpověď „Výrazné zhoršení komunikace“ odpověděl pouze 1 respondent z oddělení LDN, to odpovídá 3,5%.

Analýza dotazníkové položky č. 5

Tabulka 5: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 5

	Specializovaná odd.		Odd. následné péče		celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A	29	100	27	93,1	56	96,6
B	0	0	2	6,9	10	3,5
celkem	29	100	29	100	58	100



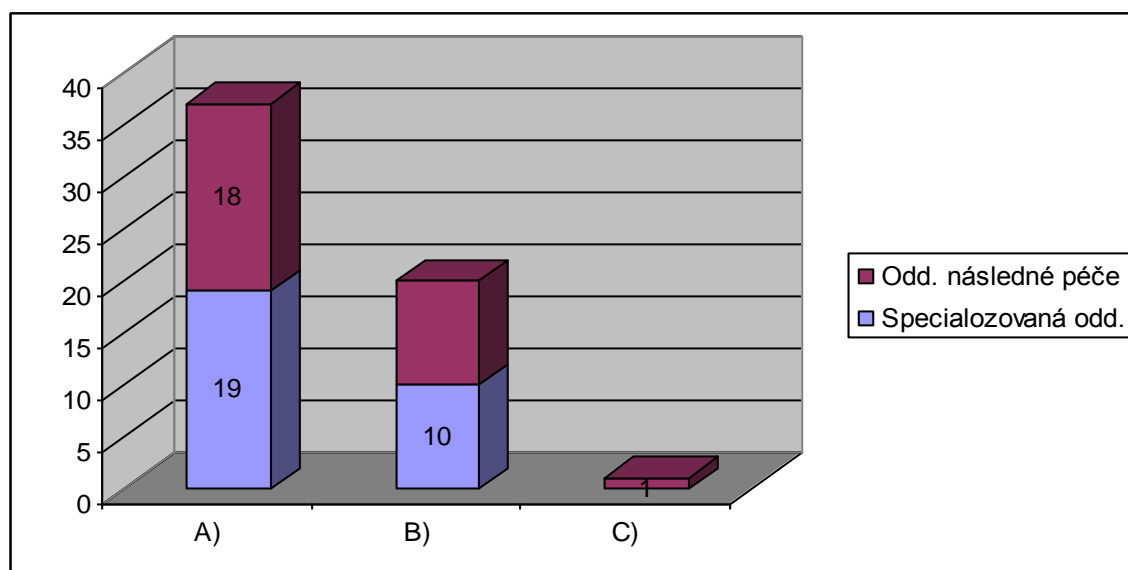
Graf č. 5: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 5

Tabulka č. 5 a graf č. 5 znázorňují odpovědi respondentů na otázku „Jakou část paměti obvykle postihuje Alzheimerova choroba jako první.“ 29 (100%) respondentů ze specializovaných oddělení a 27 (93,1%) respondentů z oddělení následné péče správně odpovědělo, že dříve je zasažena krátkodobá paměť. Celkem tedy správně odpovědělo 56 (96,6%) dotázaných. 2 (6,9%) respondenti z oddělení následné péče odpověděli nesprávně, tedy že nejprve je postižena paměť dlouhodobá.

Analýza dotazníkové položky č. 6

Tabulka 6: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 6

	Specializovaná odd.		Odd. následné péče		celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A	19	65,5	18	62,1	37	63,8
B	10	35,7	10	37,5	20	34,5
C	0	0	1	3,5	1	1,7
celkem	29	100	29	100	58	100



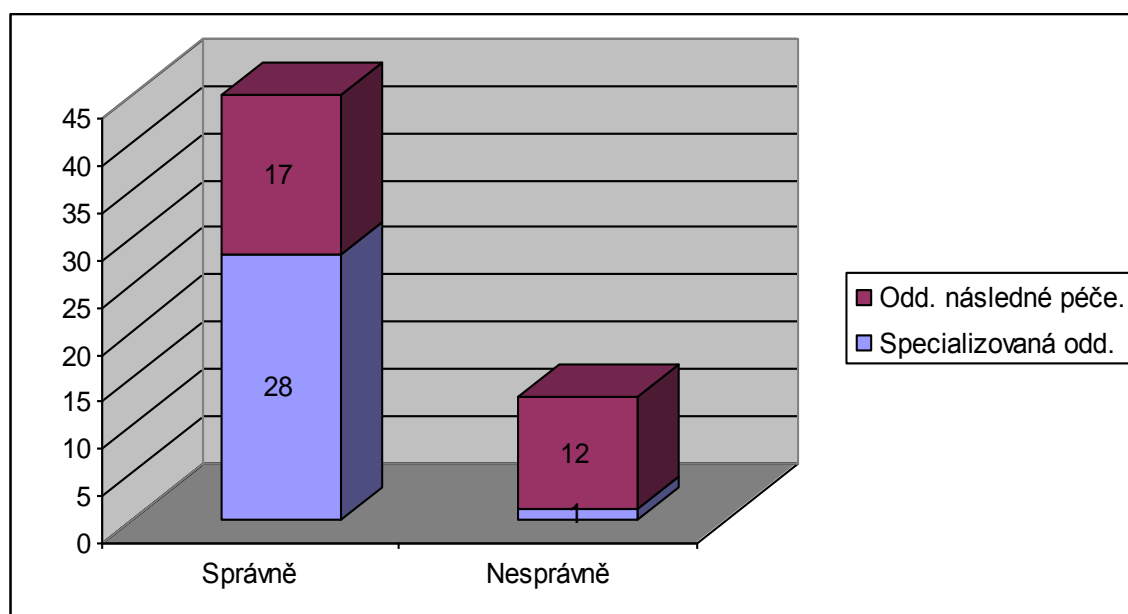
Graf 6: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 6

Tabulka č. 6 a graf č. 6 zobrazují odpovědi respondentů na otázku „Kdy mluvíme o Alzheimerově chorobě s časným počátkem.“ 19 (65,5%) respondentů ze specializovaných oddělení a 18 (62,1%) respondentů z oddělení následné péče správně odpovědělo, že Alzheimerova choroba s časným počátkem se vyskytne u pacienta do 60 let. Celkem tedy správně odpovědělo 37 (63,8%) dotázaných. Shodně 10 (37,5%) respondentů ze specializovaných pracovišť i z oddělení následné péče odpovědělo nesprávně, že Alzheimerova choroba s časným počátkem se vyskytuje do 65 let věku. Celkem tedy označilo tuto variantu 20 (34,5%) respondentů. Pouze 1 (3,5%) respondent o oddělení následné péče uvedl, že Alzheimerova choroba s časným počátkem se objeví u pacienta do 70 let.

Analýza dotazníkové položky č. 7

Tabulka č. 7: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 7

	Specializovaná odd.		Odd. následné péče		celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
správně	28	96,9	17	58,7	45	77,6
nesprávně	1	3,5	12	41,4	13	22,4
celkem	29	100	29	100	58	100



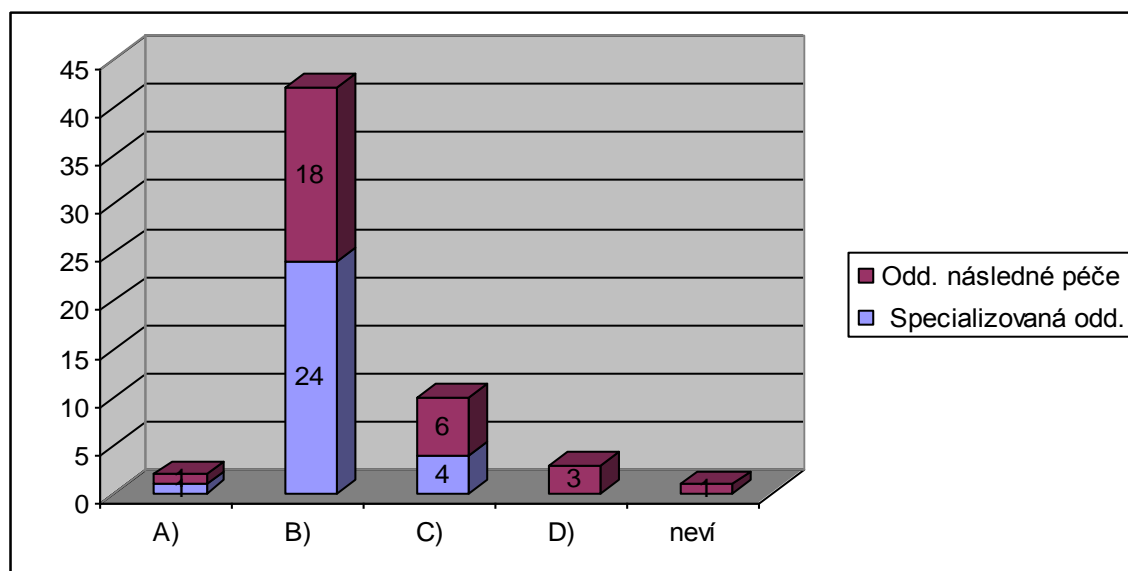
Graf č. 7: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 7

Tabulka č. 7 a graf č. 7 zobrazují odpověď na otázku, jaké znají respondenti druhy terapie Alzheimerovy choroby. Odpověď byla uznána za správnou, pokud respondent uvedl alespoň 2 druhy terapie. Správnou odpověď uvedlo 28 (96,6%) respondentů ze specializovaných oddělení a 17 (58,7%) respondentů z oddělení následné péče. Celkem tedy správně odpovědělo 45 (77,6%) dotázaných. Nesprávně tuto otázku zodpověděl 1 (3,5%) dotázaný ze specializovaného pracoviště a 12 (41,4%) respondentů z oddělení následné péče. To celkem činí 13 (22,4%) dotázaných.

Analýza dotazníkové položky č. 8

Tabulka č. 8: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 8

	Specializovaná odd.		Odd. následné péče		celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A	1	3,5	1	3,5	2	3,5
B	24	82,8	18	62,1	42	72,4
C	4	13,8	6	20,7	10	16,9
D	0	0	3	10,3	3	5,2
neví	0	0	1	3,5	1	1,7
celkem	29	100	29	100	58	100



Graf č. 8: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 8

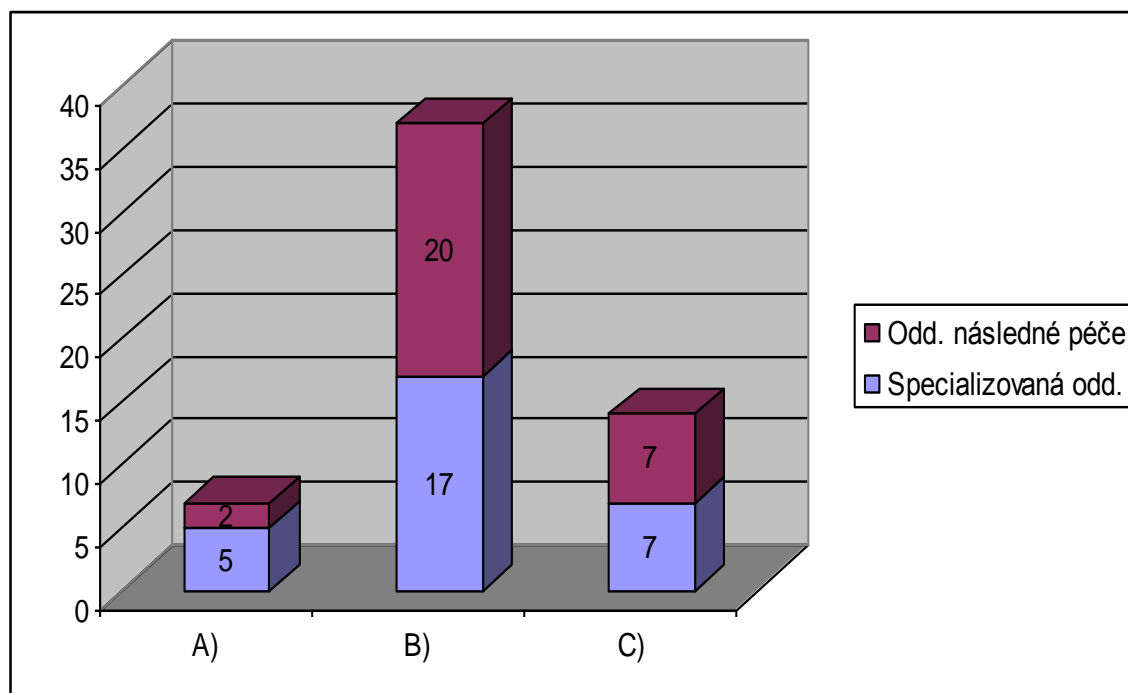
Tabulka č. 8 a graf č. 8 zobrazují odpovědi respondentů na otázku, „Na kolik fází obvykle dělíme Alzheimerovu chorobu. 24 (82,8%) respondentů ze specializovaných oddělení a 18 (62,1%) respondentů z oddělení následné péče správně uvedlo, že Alzheimerova choroba se obvykle dělí na 3 fáze. To celkem činí 42 (72,4%) správných odpovědí. 1 (3,5%) dotázaný ze specializovaných pracovišť i z oddělení následné péče uvedl, že Alzheimerova choroba se dělí na 2 fáze. Celkem tedy takto odpověděli 2 (3,5%) respondenti. 4 (13,8%) dotázaní ze specializovaných oddělení a 6 (20,7%) respondentů z oddělení následné péče uvedlo, že Alzheimerova choroba se rozděluje do čtyř fází. Celkem tedy zvolilo tuto variantu 10 (17,2%) dotázaných.

Pouze 1 (3,5%) respondent z oddělení následné péče uvedl, že Alzheimerova choroba se dělí na pět fází. Jeden dotázaný uvedl, že nezná odpověď.

Analýza dotazníkové položky č. 9

Tabulka č. 9: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 9

	Specializovaná odd.		Odd. následné péče		celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A	5	17,2	2	6,9	7	12
B	17	58,6	20	68,9	37	63,8
C	7	24,1	7	24,1	14	24,1
celkem	29	100	29	100	58	100



Graf č. 9: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 9

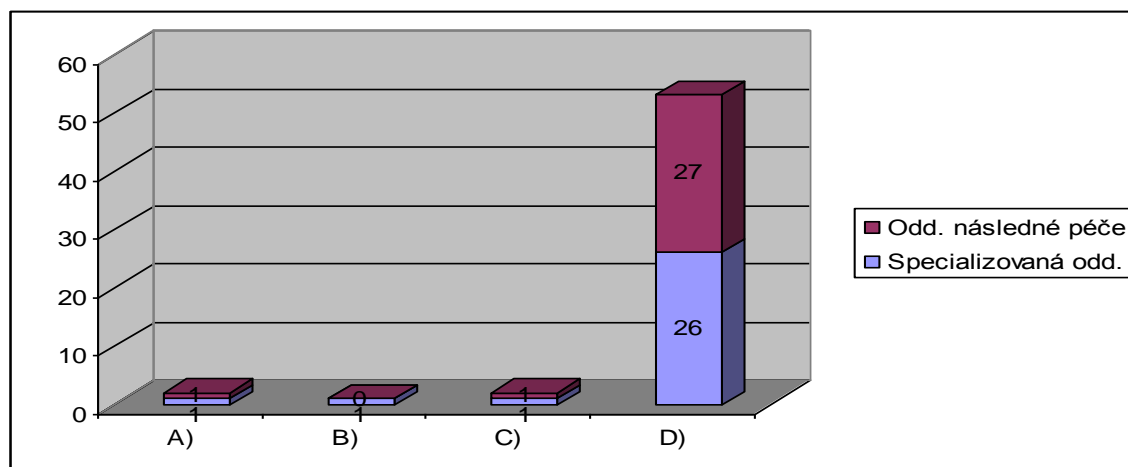
Tabulka č. 9 a graf č. 9 znázorňují odpovědi respondentů na otázku „Jak velkou část všech demencí způsobuje Alzheimerova choroba.“ 17 (58,6%) respondentů ze specializovaných oddělení a 20 (68,9%) respondentů z oddělení následné péče odpovědělo správně, že Alzheimerova choroba způsobuje 50-65% demencí. To činí celkem 37 (63,8%) dotázaných. 5 (17,2%) respondentů ze specializovaných oddělení a 2 (6,9%) respondenti z oddělení následné péče uvedlo, že Alzheimerova choroba způsobuje 30-45% demencí. Celkem tedy zvolilo tuto variantu 7 (12%) dotázaných.

Shodně 7 (24,1%) respondentů ze specializovaných oddělení i oddělení následné péče uvedlo, že Alzheimerova choroba způsobuje 70-80% demencí. Celkem tedy zvolilo tuto variantu 14 (24,1%) dotázaných.

Analýza dotazníkové položky č. 10

Tabulka č. 10: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 10

	Specializovaná odd.		Odd. následné péče		celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A	1	3,5	1	3,5	2	3,5
B	1	3,5	0	0	1	1,7
C	1	3,5	1	3,5	2	3,5
D	26	89,7	27	93,1	53	91,4
celkem	29	100	29	100	58	100



Graf č. 10: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 10

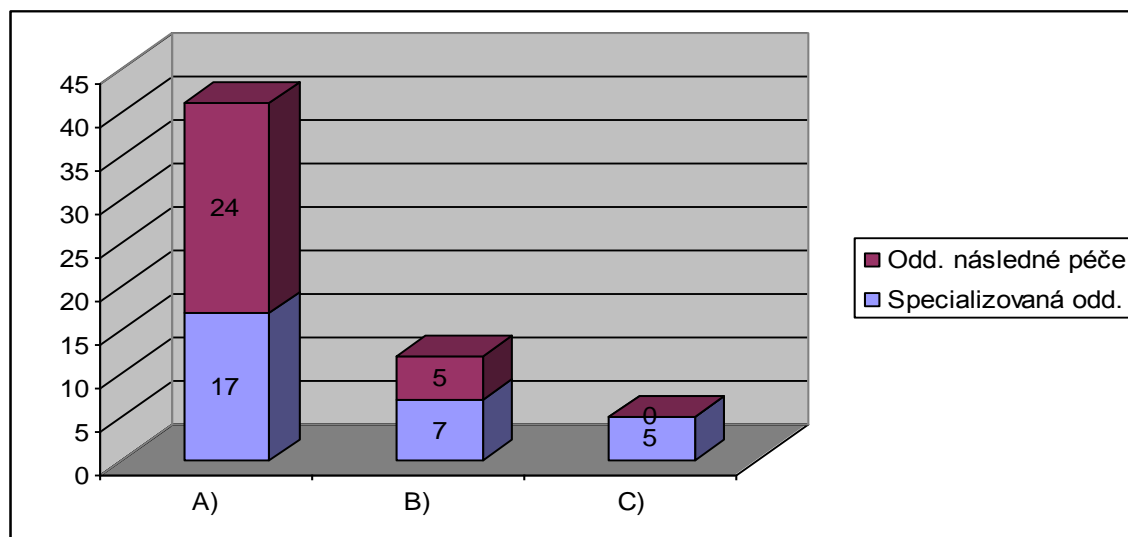
Tabulka č. 10 a graf č. 10 znázorňuje odpovědi na otázku „Co způsobuje Alzheimerovu chorobu.“ 26 (89,6%) respondentů ze specializovaných oddělení a 27 (93,1%) respondentů z oddělení následné péče správně odpovědělo, že příčina není známá. Celkem tedy správně odpovědělo 53 (91,4%) dotázaných. Shodně 1 (3,5%) respondent ze specializovaných oddělení i z oddělení následné péče uvedl, že Alzheimerovu chorobu způsobuje virová infekce mozku. Celkem tedy zvolili tuto odpověď 2 (3,5%) dotázaní. 1 (3,5%) respondent ze specializovaných oddělení uvedl, že Alzheimerova choroba je zapříčiněna působením aflatoxinů. V celkovém součtu to činí 1,7% všech

respondentů. Shodně 1 (3,5%) respondent z obou kategorií uvedl, že Alzheimerova choroba je způsobena ischemií. Celkem jsou to tedy 2 (3,5%) dotázaní.

Analýza dotazníkové položky č. 11

Tabulka č. 11: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 11

	Specializovaná odd.		Odd. následné péče		celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A	17	58,6	24	82,8	41	70,7
B	7	24,8	5	17,2	12	20,7
C	5	17,2	0	0	5	8,6
celkem	29	100	29	100	58	100



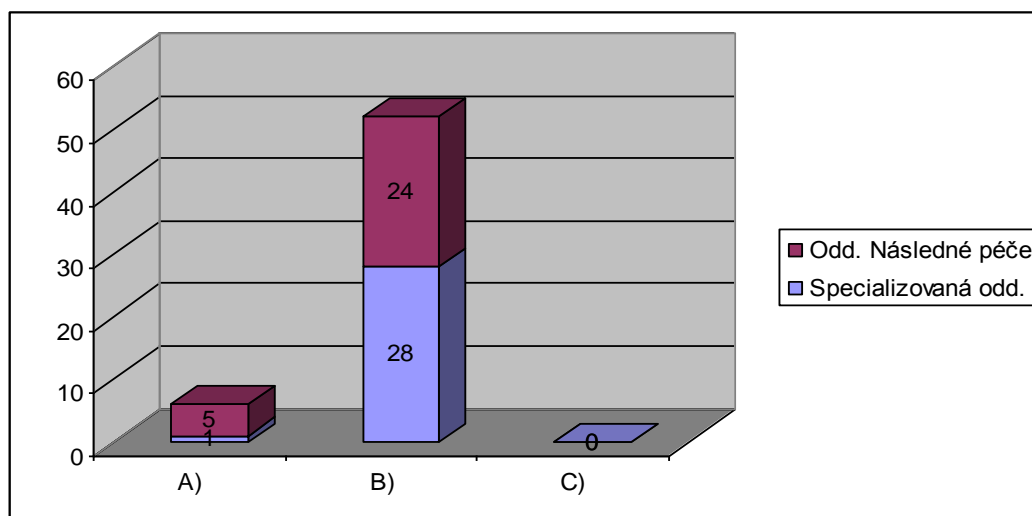
Graf č. 11: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 11

Tabulka č. 11 a graf č. 11 zobrazují odpovědi na otázku, zda hraje nějakou roli na vzniku Alzheimerovy choroby dědičnost. 17 (58,6%) respondentů ze specializovaných oddělení a 24 (82,8%) z oddělení následné péče správně uvedlo, že ano. Celkem tedy správně odpovědělo 41 (70,7%) dotázaných. 7 (24,8%) respondentů ze specializovaných oddělení a 5 (17,2%) dotázaných z oddělení následné péče označilo, že dědičnost nehraje žádnou roli při vzniku Alzheimerovy choroby. Celkem tedy zvolilo tuto variantu 12 (20,7%) dotázaných. 5 (17,2%) respondentů ze specializovaných oddělení uvedlo, že neví. Celkově to činí 8,6% všech respondentů.

Analýza dotazníkové položky č. 12

Tabulka č. 12: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 12

	Specializovaná odd.		Odd. následné péče		celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A	1	3,5	5	17,2	6	10,3
B	28	96,6	24	82,7	52	89,7
C	0	0	0	0	0	0
celkem	29	100	29	100	58	100



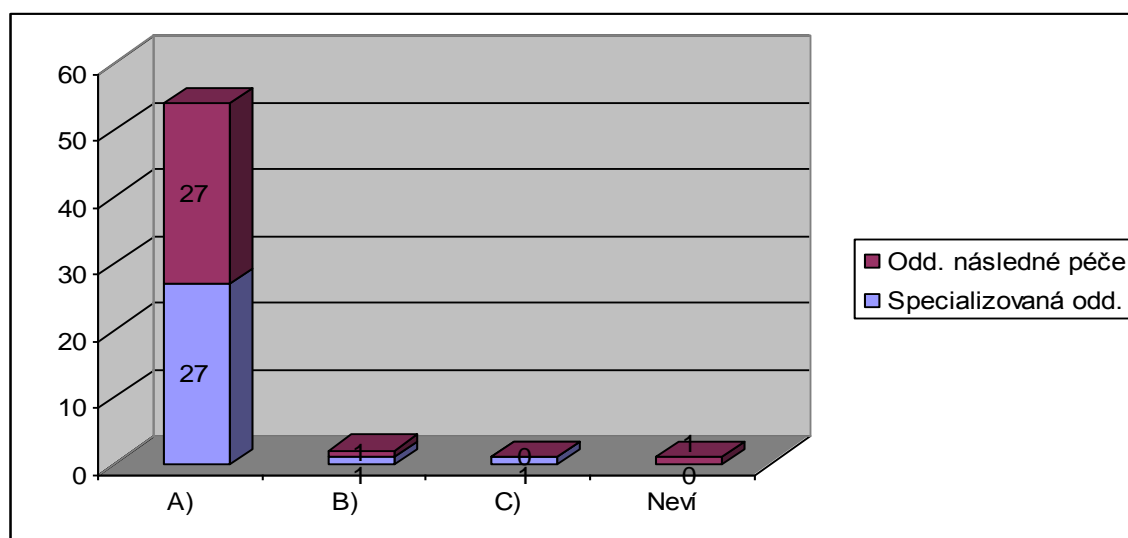
Graf č. 12: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 12

Tabulka č. 12 a graf č. 12 zobrazují odpovědi na otázku „jak nejlépe zareagovat v situaci, kdy zmatený člověk například neustále opakuje, že musí jít do školy.“ 28 (96,6%) respondentů ze specializovaných oddělení a 24 (82,8%) z oddělení následné péče správně uvedlo, že nejlepší variantou je hrát jeho hru a vymluvit se například na to, že jsou momentálně prázdniny, tudíž do školy nemusí. Celkem tedy správně odpovědělo 52 (89,7%) dotázaných. 1 (3,5%) respondent ze specializovaných oddělení a 5 (17,2%) respondentů z oddělení následné péče uvedlo, že je vhodné snažit se pacientovi vysvětlit, že už do školy nechodí a musí teď zůstat ležet v posteli. Celkem tedy zvolilo tuto variantu 6 (10,3%) dotázaných. Jinou odpověď nezvolil žádný respondent.

Analýza otazníkové položky č. 13

Tabulka č. 13: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 13

	Specializovaná odd.		Odd. následné péče		celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A	27	93,1	27	93,1	54	93,1
B	1	3,5	1	3,5	2	3,5
C	1	3,5	0	0	1	1,8
Neví	0	0	1	3,5	1	1,8
celkem	29	100	29	100	58	100



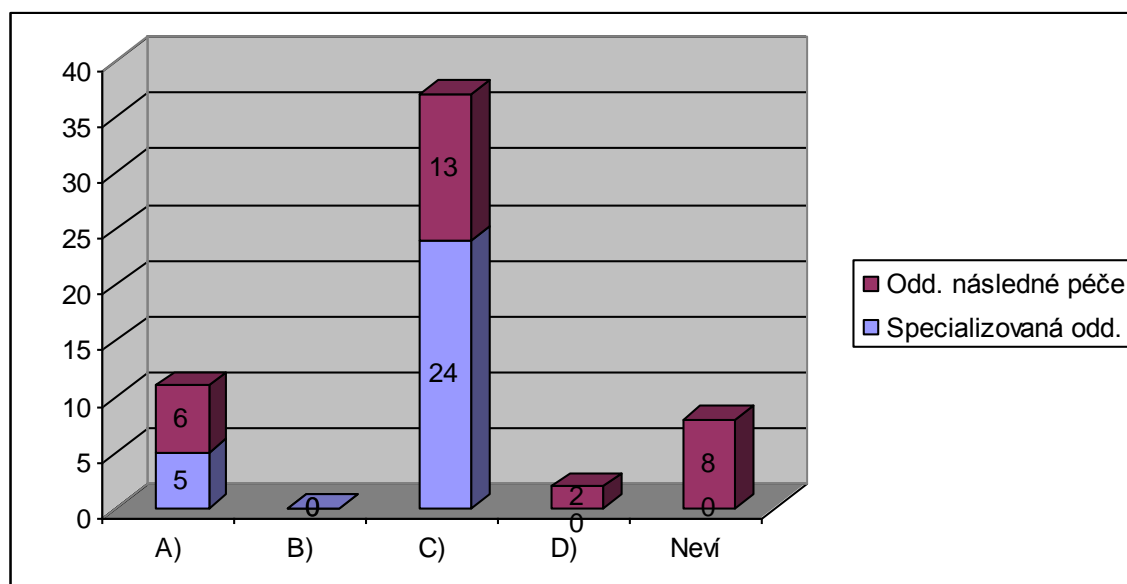
Graf č. 13: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 13

Tabulka č. 13 a graf č. 13 zobrazují odpovědi na otázku „v jakém pořadí zapomíná nemocný člověk informace, které získal před propuknutím choroby. 27 (93,1%) respondentů ze specializovaných oddělení i z oddělení následné péče správně uvedlo, že nejdříve pacient zapomíná nejnovější informace a složitější postupy, postupně i informace získané v mladším věku. Celkem tedy správně odpovědělo 54 (93,1%) respondentů. Jeden respondent z každé kategorie uvedl, že pacient nejdříve zapomene informace, které získal v mladším věku a až později novější data. Celkem tedy 2 (3,5%) dotázaní. 1 (3,5%) respondent ze specializovaných oddělení uvedl, že se průběžně vytrácí vzpomínky ze všech období. Jeden dotázaný z oddělení následné péče odpověděl, že neví.

Analýza otazníkové položky č. 14

Tabulka č. 14: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 14

	Specializovaná odd.		Odd. následné péče		celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A	5	17,2	6	20,7	48	82,8
B	0	0	0	0	0	0
C	24	82,8	13	44,8	0	0
D	0	0	2	6,9	2	3,5
neví	0	0	8	27,8	8	13,8
celkem	29	100	29	100	58	100



Graf č. 14: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 14

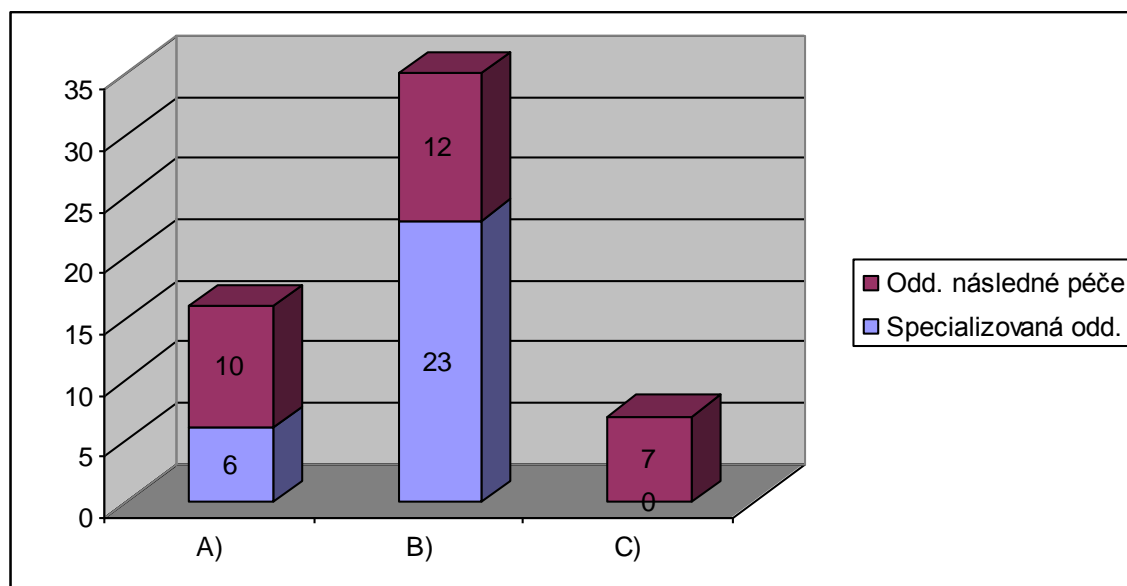
Tabulka č. 14 a graf č. 14 zobrazují odpovědi respondentů na otázku „jak se běžně diagnostikuje Alzheimerova choroba.“ 24 (82,8%) respondentů ze specializovaných oddělení a 13 (44,8%) respondentů z oddělení následné péče správně uvedlo, že Alzheimerova choroba se diagnostikuje psychologickými testy. Celkem tedy odpovědělo správně 37 (63,8%) dotázaných. 5 (17,2%) respondentů ze specializovaných oddělení a 6 (20,7%) dotázaných z oddělení následné péče uvedlo, že diagnóza je stanovena na základě rozboru mozkomíšního moku. Celkem tedy zvolilo tuto variantu 11 (19%) dotázaných. 2 (6,9%) respondenti z oddělení následné péče uvedli, že diagnóza je stanovena na základě angiografie mozkových tepen. To činí 3,5%

všech dotázaných. Nikdo neoznačil jako správnou odpověď vyšetření očního pozadí.
8 (27,6%) respondentů z oddělení následné péče odpovědělo, že neví.

Analýza dotazníkové položky č. 15

Tabulka č. 15: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 15

	Specializovaná odd.		Odd. následné péče		celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A	6	20,7	10	34,5	16	27,6
B	23	79,3	12	41,4	35	60,3
C	0	0	7	24,1	7	12,1
celkem	29	100	29	100	58	100



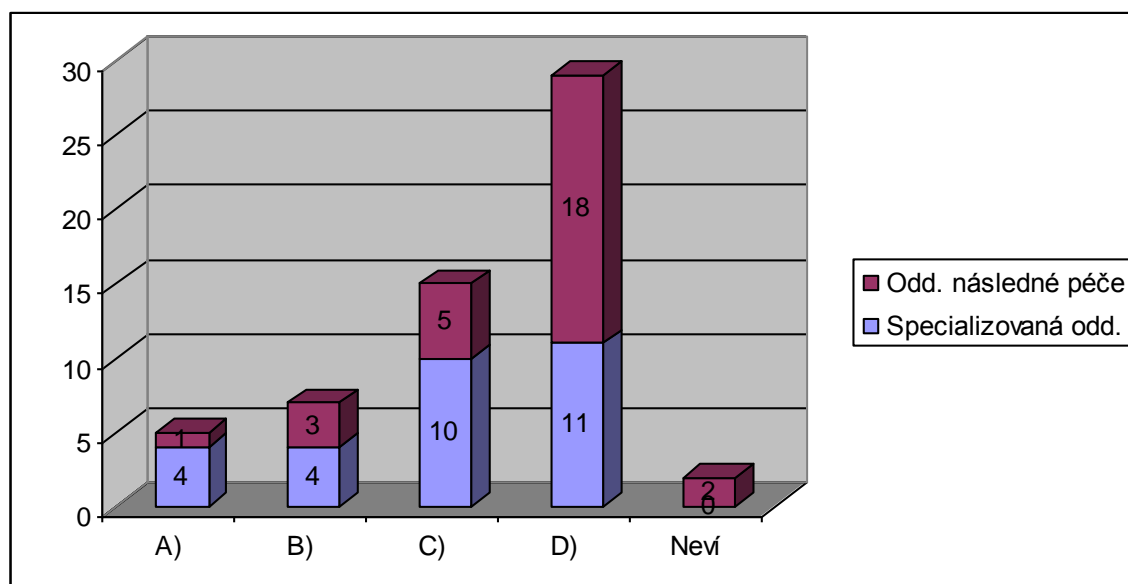
Graf č. 15: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 15

Tabulka č. 15 a graf č. 15 zobrazují odpovědi respondentů na otázku, zda je možné diagnostikovat Alzheimerovu chorobu se stoprocentní jistotou. 23 (79,3%) respondentů ze specializovaných oddělení a 12 (41,4%) dotázaných z oddělení následné péče správně uvedlo, že nelze. Celkem tedy správně odpovědělo 35 (60,3%) respondentů. 6 (20,7%) respondentů ze specializovaných oddělení a 10 (34,5%) z oddělení následné péče nesprávně uvedlo, že Alzheimerovu chorobu diagnostikovat se stoprocentní jistotou lze. 7 (24,1%) dotázaných z oddělení následné péče uvedlo, že nezná odpověď. V celkovém součtu to činí 12,1% respondentů.

Analýza dotazníkové položky č. 16

Tabulka č. 16: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 16

	Specializovaná odd.		Odd. následné péče		celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A	4	13,8	1	3,5	5	8,6
B	4	13,8	3	10,3	7	12,1
C	10	34,5	5	17,3	15	25,9
D	11	37,9	18	62,1	29	50
neví	0	0	2	6,9	2	3,5
celkem	29	100	29	100	58	100



Graf č. 16: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 16

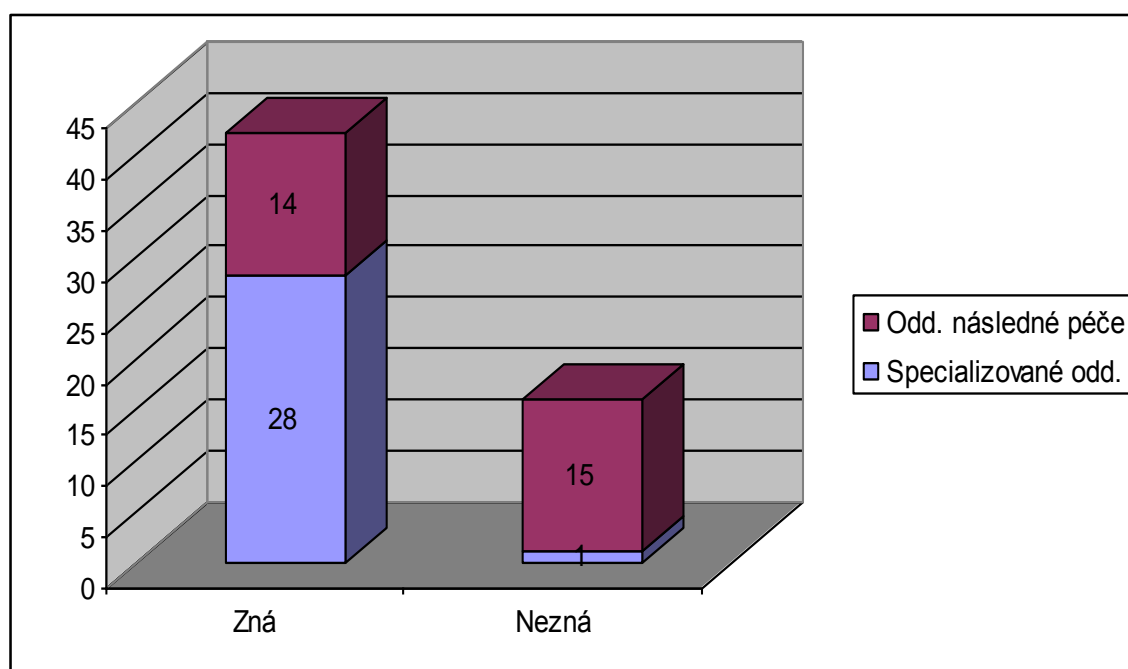
Tabulka č. 16 a graf č. 16 zobrazují odpovědi respondentů na otázku „kolik lidí v ČR v současnosti trpí Alzheimerovou chorobou.“ 10 (37,5%) respondentů ze specializovaných pracovišť a 5 (17,2%) z oddělení následné péče správně uvedlo, že Alzheimerovou chorobou trpí v současnosti v ČR asi 70 000 lidí. Celkem tedy správně odpovědělo 15 (25,9%) dotázaných. 4 (13,8%) respondenti ze specializovaných pracovišť a 1 (3,5%) respondent z oddělení následné péče uvedli, že touto chorobou trpí asi 10 000 pacientů. Celkem tedy zvolilo tuto variantu 5 (8,6%) dotázaných. 4 (13,8%) respondenti ze specializovaných pracovišť a 3 (10,3%) z oddělení následné péče uvedli, že Alzheimerovou chorobou trpí v současnosti v ČR asi 40 000 lidí. Celkem tedy označilo tuto odpověď 7 (12,1%) respondentů. 11 (37,9%) dotázaných

ze specializovaných pracovišť a 18 (62,1%) respondentů z oddělení následné péče. Uvedlo, že Alzheimerovou chorobou trpí v současnosti asi 120 000 pacientů. Celkem tedy tuto variantu označilo 29 (50%) dotázaných. 2 (6,9%) respondenti z oddělení následné péče uvedli, že odpověď neznají.

Analýza dotazníkové položky č. 17

Tabulka č. 17: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 17

	Specializovaná odd.		Odd. následné péče		celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Zná	28	96,6	14	48,3	42	72,4
Nezná	1	3,5	15	51,7	16	27,7
celkem	29	100	29	100	58	100



Graf č. 17: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 17

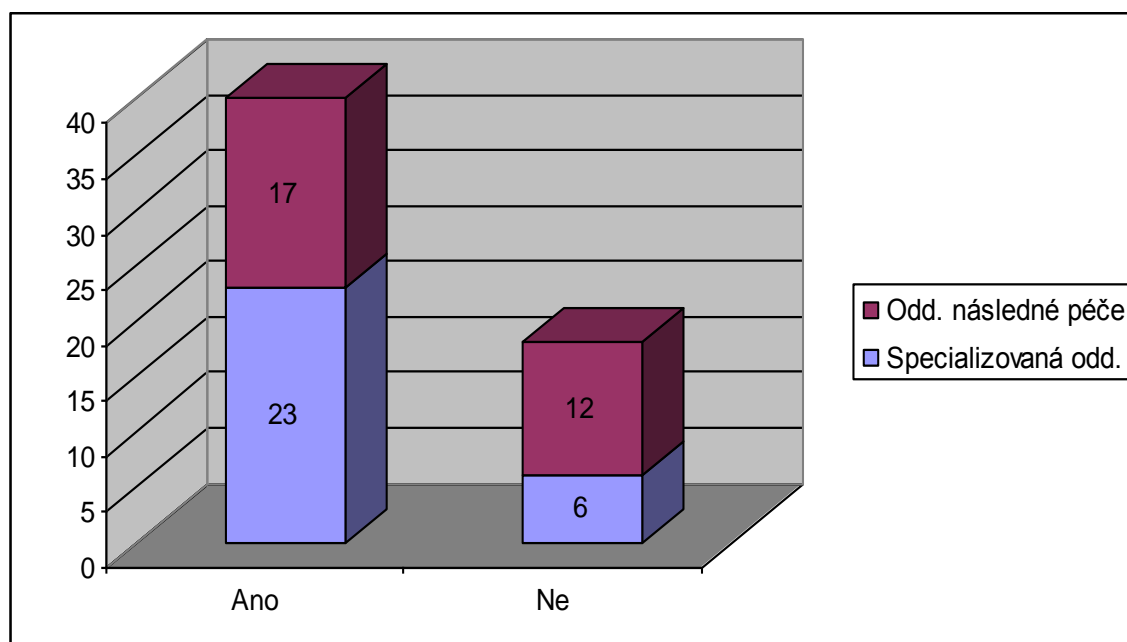
Otázka č. 17 zjišťovala, zda respondenti znají nějakou organizaci, která se v ČR věnuje problematice Alzheimerovy choroby a pomoci pacientům trpícím touto demencí a jejich rodinám. Tuto otázku správně zodpovědělo 28 (96,6%) respondentů ze specializovaných oddělení a 14 (48,3%) dotázaných z oddělení následné péče. Celkem tedy znalo odpověď 42 (72,4%) dotázaných. Nejčastěji uváděnou organizací byla Česká Alzheimerovská společnost. 1(3,5%) respondent ze specializovaného

pracoviště a 15 (51,7%) respondentů z oddělení následné péče odpověď neznali (viz tabulka č. 17 a graf č. 17).

Analýza dotazníkové položky č. 18

Tabulka č. 18: Účast na přednáškách či seminářích týkajících se Alzheimerovy choroby

	Specializovaná odd.		Odd. následné péče		celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	23	79,3	17	58,6	40	69
Ne	6	20,7	12	41,4	18	31
celkem	29	100	29	100	58	100



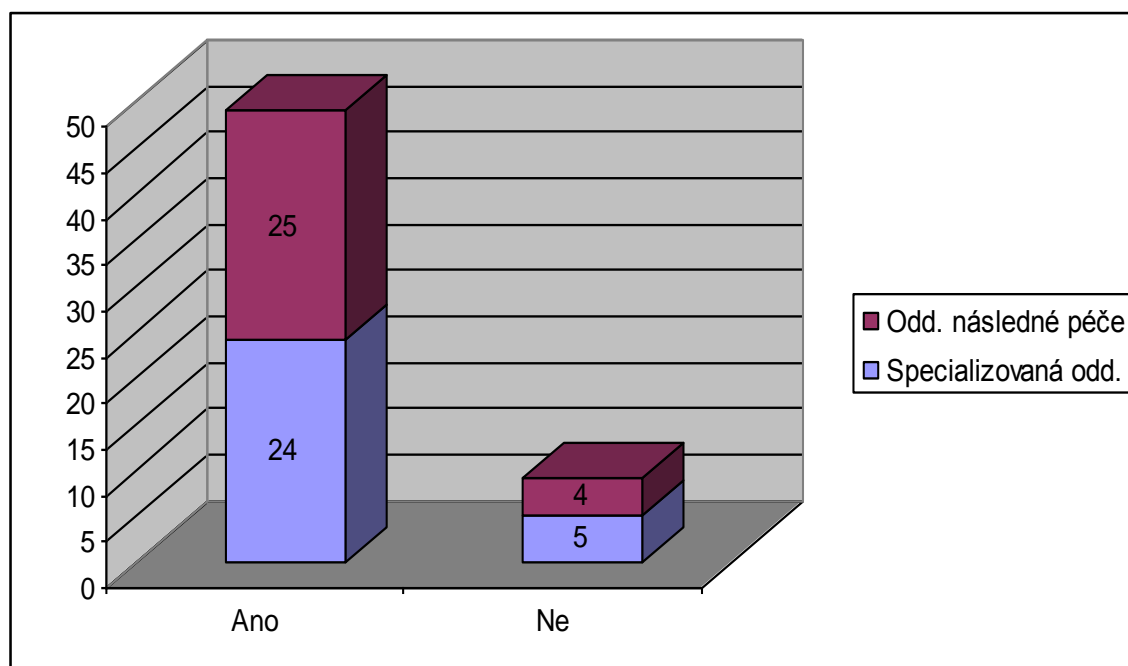
Graf č. 18: Účast na přednáškách či seminářích týkajících se Alzheimerovy choroby

Otázka č. 18 zjišťovala, zda se respondent zúčastnil nějaké přednášky či semináře týkajícího se Alzheimerovy choroby. Dle dotazníku se přednášky či semináře zúčastnilo 23 (79,3%) respondentů ze specializovaných oddělení a 17 (58,6%) z oddělení následné péče. Neúčastnilo se 6 (20,7%) dotázaných ze specializovaných oddělení a 12 (41,4%) z oddělení následné péče. Celkem se tedy zúčastnilo 40 (69%) dotázaných, 18 (31%) se neúčastnilo (Viz tabulka č. 18 a graf č. 18).

Analýza dotazníkové položky č. 19

Tabulka č. 19: Zájem o více informací o Alzheimerově chorobě

	Specializovaná odd.		Odd. následné péče		celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	24	82,8	25	86,2	49	84,5
Ne	5	17,2	4	13,8	9	15,5
celkem	29	100	29	100	58	100



Graf č. 19: Zájem o více informací o Alzheimerově chorobě

Otázka č. 19 zjišťovala, zda by respondent uvítal více informací o Alzheimerově chorobě. Dle výzkumu by více informací uvítalo 24 (82,8%) dotázaných ze specializovaných oddělení a 25 (86,2%) respondentů z oddělení následné péče. Celkem tedy chce více informací 49 (84,5%) dotázaných. 5 (17,2%) dotázaných ze specializovaných oddělení a 4 (13,8%) respondenti z oddělení následné péče uvedlo, že informací má dostatek (viz tabulka č. 19 a graf č. 19).

Analýza dotazníkové položky č. 20

Otázka č. 20 zkoumala, co podle respondenta nejvíce komplikuje péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou. Tato dotazníková položka se vztahuje k výzkumné otázce, její analýza je proto obsažena v následující kapitole.

4 Analýza dat vztahujících se k cílům a předpokladům výzkumu

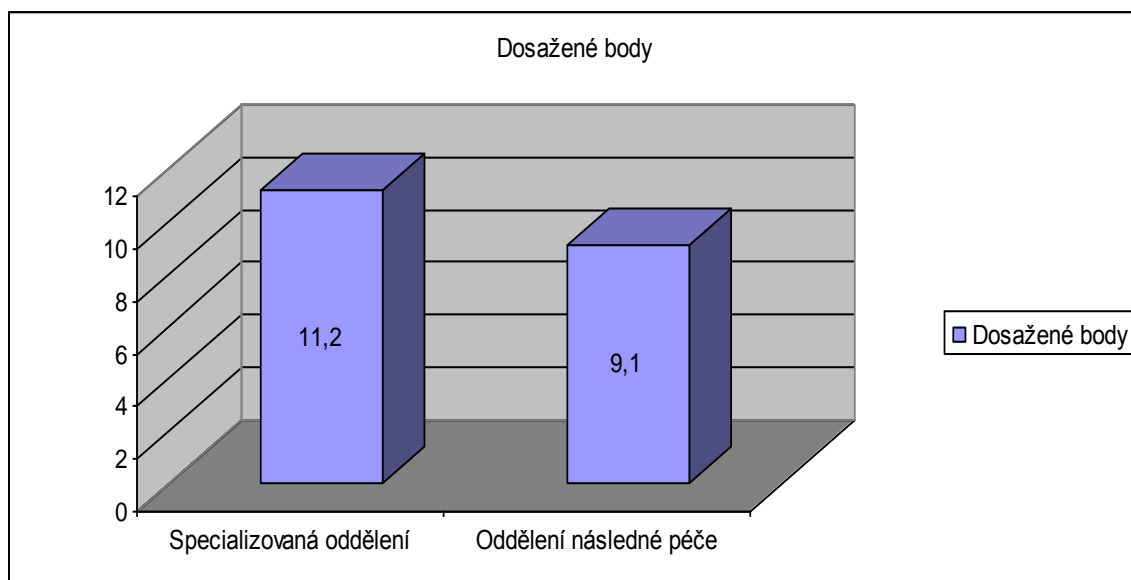
Tato kapitola obsahuje analýzu výsledků dotazníkového šetření s důrazem na jednotlivé výzkumné otázky a předpoklady. Výzkumné předpoklady byly stanoveny na základě výsledků pilotní studie.

1. Cíl: Porovnat informovanost všeobecných sester z oddělení LDN a všeobecných sester z pracovišť specializujících se na péči o pacienta s demencí.

1. Předpoklad: Předpokládá se, že všeobecné sestry z oddělení specializovaných na péči o pacienta s demencí budou lépe informovány o problematice Alzheimerovy choroby než všeobecné sestry z oddělení LDN.

Tabulka č. 20: Porovnání znalostí na jednotlivých odděleních

Specializovaná oddělení		Oddělení následné péče	
Průměrný počet získaných bodů	Procento úspěšnosti	Průměrný počet získaných bodů	Procento úspěšnosti
11,2	79,8	9,1	64,7



Graf č. 20: Porovnání znalostí na jednotlivých odděleních

Tento výzkumný předpoklad byl hodnocen na základě průměrného počtu správně zodpovězených otázek ve znalostní části dotazníku (otázky 4-17). Celkem bylo možné dosáhnout 14 správných odpovědí. Všeobecné sestry z oddělení specializovaných

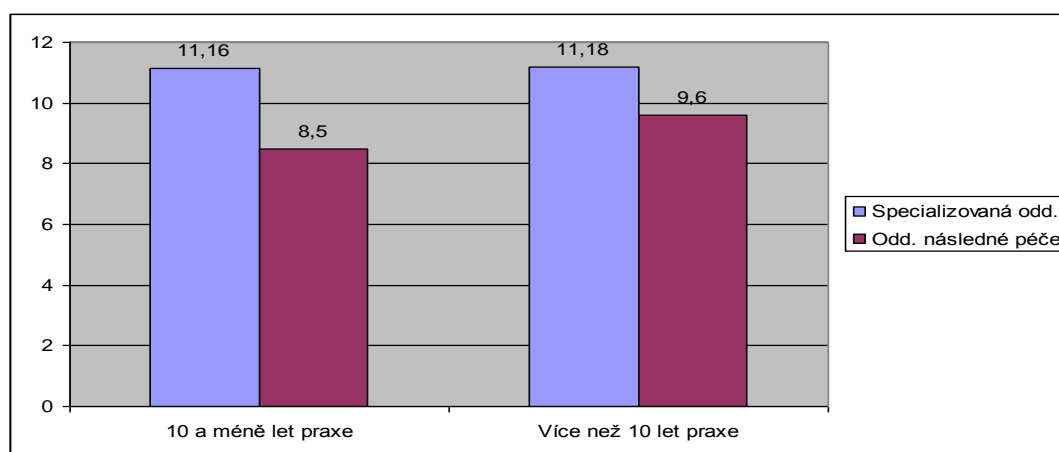
na péči o pacienta s demencí dosáhly průměrně 11,2 správných odpovědí (79,8%). Všeobecné sestry z oddělení následné péče zodpověděly správně v průměru 9,1 správných odpovědí (64,7%). Lepších výsledků tedy dosáhly všeobecné sestry ze specializovaných oddělení. Výzkumný předpoklad je tedy v souladu s výsledky šetření. Výsledky jsou rozepsány v tabulce č. 20 a znázorněny v grafu č. 20.

2. Cíl: Zjistit závislost mezi délkou praxe všeobecné sestry v oboru a informovaností o problematice Alzheimerovy choroby.

2. Předpoklad: Předpokládá se, že s narůstající dobou praxe stoupá informovanost o dané problematice.

Tabulka č. 21: Závislost znalostí na délce praxe

	10 a méně let praxe		Více než 10 let praxe	
	Počet získaných bodů	Procento úspěšnosti	Počet získaných bodů	Procento úspěšnosti
Specializovaná oddělení	11,16	79,7	11,18	79,9
Oddělení následné péče	8,5	60,7	9,6	68,6
celkem	9,76	69,7	10,4	74,3



Graf č. 21: Závislost znalostí na délce praxe

Dle délky praxe byly vytvořeny 2 kategorie respondentů: 1. kategorii tvoří dotázaní, kteří pracují v oboru deset let a méně, tomu odpovídá 25 respondentů (12 ze specializovaných oddělení a 13 z oddělení následné péče). 2. kategorii tvoří

dotázaní, kteří pracují v oboru déle než deset let. To činí 33 respondentů (17 ze specializovaných oddělení a 16 z oddělení následné péče). Hodnocen byl opět počet správných odpovědí ze znalostní části testu.

Respondenti s kratší dobou praxe pracující na specializovaných odděleních dosáhli v průměru 11,16 bodů, což je 79,7% správných odpovědí. Dotázaní z oddělení následné péče 8,5 bodů. To odpovídá 60,8% úspěšnosti. Respondenti spadající do 1. kategorie tedy v součtu dosáhli průměrného zisku 9,76 bodů. To odpovídá 69,7% správných odpovědí.

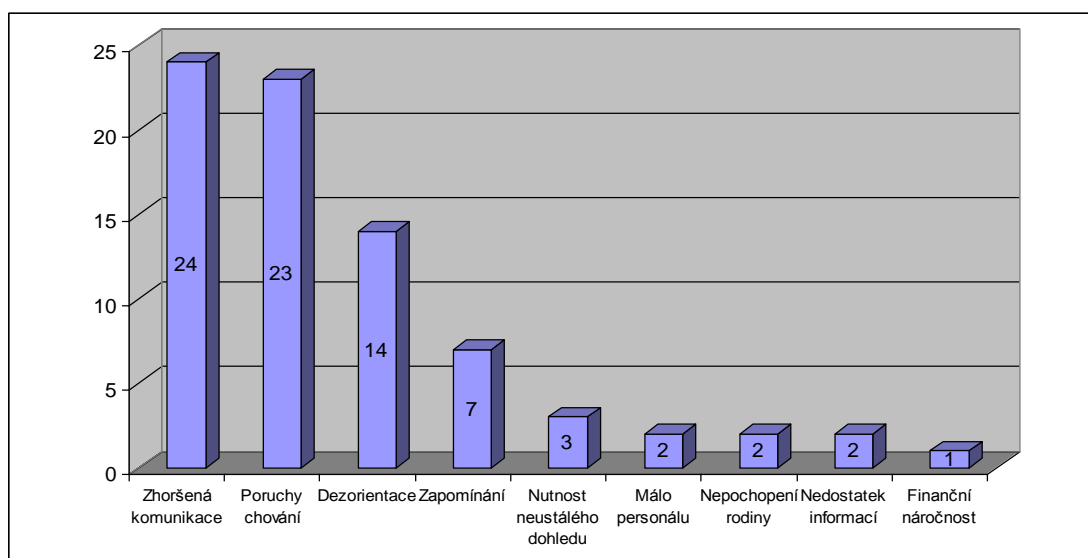
Respondenti s delší dobou praxe pracující na specializovaných odděleních dosáhli v průměru 11,18 bodů, což je 79,9% správných odpovědí. Dotázaní z oddělení následné péče 9,6 bodů. To odpovídá 68,6% úspěšnosti. V celkovém součtu tedy respondenti z 2. kategorie získali v průměru 10,4 bodů, což odpovídá 74,29% správných odpovědí. Výzkumný předpoklad je tedy v souladu s výsledky dotazníkového šetření (Viz tabulka č. 21 a graf č. 21).

3. Cíl: Zjistit nejčastější komplikace při ošetrovatelské péči o pacienta trpícího Alzheimerovou chorobou.

3. Předpoklad: Předpokládá se, že nejčastější komplikace při ošetrovatelské péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou uvedou všeobecné sestry problémy s komunikací, zapomnětlivost a poruchy chování.

Tabulka č. 22: Nejčastější komplikace

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Zhoršená komunikace	24	29,6
Poruchy chování	23	28,4
Dezorientace	17	21
Zapomínání	7	8,6
Nutnost neustálého dohledu	3	3,7
Málo personálu	2	2,5
Nepochopení rodiny	2	2,5
Nedostatek informací	2	2,5
Finanční náročnost	1	1,2



Graf č. 22: Nejčastější komplikace

Tento předpoklad byl hodnocen na základě otevřené otázky: „Co podle Vás nejvíce komplikuje péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou?“ Někteří respondenti uvedli více než jednu komplikaci, celkem se sešlo 81 odpovědí. Nejčastěji zmíněnou komplikací byla zhoršená komunikace. Tu uvedlo 24 dotázaných. 23 respondentů zmínilo nejrozličnější poruchy chování – agresivitu, toulání, bloudění. 14 dotázaných uvedlo Dezorientaci. 7 dotázaných zmínilo zapomínání. 3 respondenti odpověděli nutností neustálého dohledu, Dvakrát bylo uvedeno málo personálu, nepochopení rodiny a nedostatek informací. 1 respondent označil za největší komplikaci finanční náročnost. (viz tabulka č. 22 a graf č. 22) Výsledky šetření jsou tedy v souladu s výzkumným předpokladem.

5 Diskuze

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku ošetrovatelské péče o pacienty trpící Alzheimerovou chorobou. Péče o pacienta trpícího některou z forem demence je velice náročná a vyžaduje specifický přístup. Počet takových pacientů stále stoupá, proto se s nimi stále častěji setkáváme i na běžných lůžkových odděleních. Je tedy účelné zvyšovat povědomí všeobecných sester o problematice demence a poskytnout jim informace o specifických požadavcích na ošetrovatelskou péči. Výzkumná část této práce mapuje znalosti všeobecných sester o problematice Alzheimerovy choroby. Jsou porovnávány znalosti sester pracujících na oddělení následné péče a na specializovaných odděleních. Přestože se s takovými pacienty ošetrovatelský personál na oddělení následné péče setkává poměrně často, nemá dle pilotní studie dostatek informací o problematice Alzheimerovy choroby. Přestože správný přístup k pacientovi trpícímu demencí do značné míry ovlivňuje kvalitu péče, komfort pacienta a usnadňuje spolupráci ošetrovatelského personálu s pacientem, nejsou všeobecné sestry dostatečně proškoleny. Mírou informovanosti všeobecných sester se zabývá také Zuzana Salotová ve své bakalářské práci. Z jejího výzkumu vyplývá, že sestry nemají dostatečné znalosti o Alzheimerově chorobě. Tento výsledek přisuzuje Salotová tomu, že na lůžkových odděleních pracují převážně sestry se středoškolským vzděláním, které nebyly ve škole poučeny o problematice demence. Dotazníkové šetření pro tuto bakalářskou práci probíhalo na odděleních následné péče v Liberci a Jablonci nad Nisou a ve specializovaných odděleních ve Dvoře Králové a v Liberci.

Před samotným výzkumem bylo třeba popsat problematiku Alzheimerovy choroby a shrnout specifika ošetrovatelské péče o pacienta s touto diagnózou. Tím se zabývá teoretická část práce. Na podkladě získaných poznatků byl sestaven dotazník sestávající z 20 otázek. 14 otázek přímo testuje znalosti respondentů. Byla získána data od 58 respondentů, 29 z nich pracuje na oddělení následné péče a 29 je zaměstnáno na specializovaném oddělení.

Pro empirickou část bakalářské práce byly zvoleny tři výzkumné cíle. Prvním cílem výzkumu bylo **„Porovnat informovanost všeobecných sester z oddělení LDN a sester z pracovišť specializujících se na péči o pacienta s demencí.“** Na základě výsledků pilotní studie byl stanoven výzkumný předpoklad k tomuto cíli: **Předpokládá se, že všeobecné sestry z oddělení specializovaných na péči o pacienta s demencí**

budou lépe informovány o problematice Alzheimerovy choroby než všeobecné sestry z oddělení LDN. Po vyhodnocení dotazníků bylo zjištěno, že všeobecné sestry ze specializovaných pracovišť odpověděly správně v průměru na 79,8% vědomostních otázek. Všeobecné sestry z oddělení následné péče pouze na 64,7% otázek, mají tedy méně informací týkajících se problematiky ošetrovatelské péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou. Výsledek výzkumu je tedy v souladu s výzkumným předpokladem. Podobný výsledek vyplynul i z výzkumu Lenky Bělohlávkové, která ve své diplomové práci porovnává úroveň znalostí všeobecných sester pracujících v domovech seniorů a sester z lůžkových oddělení. Ve znalostním dotazníku Bělohlávkové splnilo zadaná kritéria pouze 17% respondentů z lůžkových oddělení, oproti tomu všeobecné sestry z domovů seniorů uspěly v 71% případů (Bělohlávková 2013).

Tento fakt je dán skutečností, že pracovníci specializovaných pracovišť jsou úzce zaměřeni na problematiku demence, mají větší praktické zkušenosti a také častěji navštěvují semináře a školení týkající se problematiky Alzheimerovy choroby. Tato skutečnost se potvrdila i přímo výzkumem. Do dotazníku byla zařazena i otázka týkající se absolvování přednášek a seminářů o problematice Alzheimerovy choroby. 41% sester z oddělení následné péče uvedlo, že takový seminář nikdy neabsolvovalo. 86% z nich by však takový zdroj informací uvítalo.

Z výsledků výzkumu lze vyvodit, že by bylo vhodné zajistit všeobecným sestram z oddělení následné péče více zdrojů informací, ze kterých by mohly čerpat cenné poznatky a rady pro péči o pacienta trpícího Alzheimerovou demencí. To by pomohlo usnadnit a zkvalitnit jejich ošetrovatelskou péči. Pro tento účel byl vytvořen informační plakát, který shrnuje činnosti a aktivity, které jsou vhodné pro pacienty trpící demencí, které pomohou smysluplně vyplnit pacientův volný čas, udržet jeho mysl v činnosti a v neposlední řadě i navázat pozitivní vztah s ošetrovatelským personálem. To může omezit problematické chování pacienta a usnadnit ošetrovatelskou péči.

Druhým cílem výzkumu bylo „**zjistit souvislost mezi délkou praxe všeobecné sestry v oboru a mírou jejích znalostí o problematice Alzheimerovy choroby.**“ Na základě výsledků pilotní studie byl formulován druhý výzkumný předpoklad: **Předpokládá se, že s narůstající dobou praxe stoupá informovanost o dané problematice.** Po vyhodnocení výsledků dotazníku bylo zjištěno, že všeobecné sestry pracující v oboru méně než 10 let zodpověděly správně v průměru 70,2% otázek. Respondenti s praxí delší než 10 let dosáhli průměrně 74,3% úspěšnosti. Výsledek šetření je tedy v souladu

s výzkumným předpokladem. Z tohoto výsledku lze vyvodit, že všeobecné sestry získávají během svojí praxe zkušenosti s péčí o pacienta trpícího Alzheimerovou chorobou. Některé z nich také prohlubují svoje znalosti na seminářích probírajících tuto problematiku. Pro zajímavost byli respondenti rozděleni i podle oddělení, na kterém pracují. Po tomto vyhodnocení bylo zjištěno, že rozdíl ve znalostech všeobecných sester z oddělení následné péče v závislosti na věku je větší než rozdíl sester na specializovaných pracovištích. Sestry z oddělení následné péče, které pracují v oboru deset let a méně odpověděly správně průměrně na 60,7% vědomostních otázek. Dotázaní s více než deseti lety praxe byli úspěšnější, znali odpověď v průměru na 68,6% otázek. Zde se tedy potvrzuje fakt, že sestry získávají nové zkušenosti a znalosti v průběhu výkonu povolání.

V případě oddělení specializovaných na péči o pacienta s demencí je však rozdíl ve znalostech všeobecných sester dle délky praxe pouze nepatrný. Respondenti s praxí trvající deset let a méně dosáhli průměrně 79,7% správných odpovědí a všeobecné sestry s praxí delší než 10 let 79,9%. Vzhledem k poměrně nízkému počtu respondentů je tento rozdíl velmi malý. Z toho lze tedy vyvodit, že pracovníci ze specializovaných pracovišť mají dobré znalosti bez ohledu na délku praxe. Tento výsledek vypovídá o skutečnosti, že personál specializovaných pracovišť je edukován o problematice péče o pacienta s demencí od počátku svojí praxe na oddělení.

Tímto tématem se zabývá i Zuzana Sedláková ve své bakalářské práci na téma „Alzheimerova choroba z pohledu zdravotní sestry.“ I z jejího výzkumu vyplývá, že souvislost mezi délkou praxe a znalostmi všeobecné sestry je závislá na typu oddělení (Sedláková, 2011).

Závislost mezi délkou praxe všeobecné sestry a mírou jejích znalostí zkoumá ve své diplomové práci i Bělohlávková. V tomto případě dosáhli mírně lepších výsledků respondenti s kratší dobou praxe. Tento rozpor může být způsoben tím, že Bělohlávková oslovila respondenty z různých typů lůžkových oddělení, ne pouze z oddělení následné péče. Na některých pracovištích jsou pacienti trpící demencí hospitalizováni jen zřídka, všeobecné sestry tedy nemají možnost získat zkušenosti s péčí, ani nemají motivaci k vyhledávání informací či návštěvě seminářů na toto téma. V rámci těchto pracovišť mají proto hlubší znalosti profesně mladší sestry, které mají ještě v paměti informace získané v průběhu studia (Bělohlávková, 2013).

Třetím výzkumným cílem bylo „**zjistit nejčastější komplikace při ošetrovatelské péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou.**“ Na základě pilotní studie byl stanoven

předpoklad tomuto cíli: **Předpokládá se, že nejčastější komplikace při ošetrovatelské péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou uvedou všeobecné sestry problémy s komunikací, zapomnětlivost a poruchy chování.** Tento výzkumný cíl byl hodnocen na základě otevřené otázky, někteří respondenti uváděli více faktorů komplikujících ošetrovatelskou péči. Z výzkumu jasně vyplynulo, že za největší komplikaci pokládají všeobecné sestry zhoršenou komunikaci s pacientem. To uvedlo 41,4% dotázaných. Tento výsledek souhlasí s výzkumem uvedeným v diplomové práci Jany Salotové na téma „Náročnost práce sester o pacienty s Alzheimerovou chorobou.“ I její výzkum potvrdil, že porucha komunikace je nejvýraznější komplikací při ošetrovatelské péči (Salotová, 2011).

39,7% dotázaných uvedlo jako častou komplikaci nejrůznější poruchy chování (agresivita, toulání, bloudění apod.) I tento výsledek je v souladu s výzkumem Jany Salotové, kde byly tyto komplikace uváděny také velmi často. Třetí nejčastěji zmíněnou komplikací byla dezorientace. Tu uvedlo 24,1% dotázaných. Zapomínání označilo jako častou komplikaci 12% respondentů. Je pochopitelné, že všeobecné sestry nejčastěji uváděly právě tyto položky. Jsou to typické příznaky Alzheimerovy choroby, které se vyskytují u velkého procenta pacientů trpících tímto typem demence a vyžadují zvýšené nároky na péči. 5,2% dotázaných považuje za náročnou neustálou nutnost dohledu na pacienta. To se týká především oddělení následné péče, která nejsou dostatečně uzpůsobena pro péči o pacienta s demencí. 3,4% respondentů považuje za příčinu komplikací nedostatek personálu. To je opět spíše případ oddělení následné péče, kde je hospitalizováno velké množství pacientů vyžadujících zvýšené nároky na péči, ale zároveň není ve směně dostatek personálu, který by mohl poskytnout péči v potřebné kvalitě. 3,4% dotázaných uvedlo jako komplikaci nepochopení rodiny a nedostatek informací. 1 respondent (1,7%) uvedl jako největší komplikaci finanční náročnost. Předpokládalo se, že všeobecné sestry uvedou jako nejčastější komplikace problémy s komunikací, zapomínání a poruchy chování. Výsledek výzkumu je v souladu s tímto předpokladem. Poruchy chování a problémy s komunikací se v dotazníku vyskytly skutečně nejčastěji. Problém se zapomínáním však uvedlo malé procento dotázaných. Častěji se vyskytla odpověď, že komplikace jsou způsobeny dezorientací pacienta.

6 Návrh doporučení pro praxi

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že všeobecné sestry z oddělení následné péče mají méně informací o Alzheimerově chorobě než všeobecné sestry ze specializovaných pracovišť. S pacienty trpícími touto demencí se však setkávají velmi často. 41% všeobecných sester nikdy nenavštívilo školení nebo seminář o Alzheimerově chorobě a většina z nich (86%) by uvítala více informací o této problematice. Tyto znalosti by jim mohly značně usnadnit spolupráci s pacientem trpícím Alzheimerovou chorobou a pochopení zákonitostí myšlení a jednání takového člověka. Z toho důvodu by bylo účelné seznámit vedení těchto pracovišť s výsledky šetření a doporučit mu, aby zajistilo vhodné proškolení svého personálu například přednáškami či semináři na toto téma. Součástí bakalářské práce je také informační plakát (příloha č. 9), na kterém jsou uvedeny aktivity vhodné pro pacienty trpící demencí. Konkrétně popisuje kognitivní rehabilitaci, reminiscenční terapii, zooterapii, ergoterapii, psychomotorická cvičení a bazální stimulaci. Začlenění těchto aktivit do ošetrovatelské péče je pro pacienta přínosné, může pomoci déle zachovat některé dovednosti, smysluplně vyplní pacientův čas a podporuje pozitivní vztah mezi pacientem a ošetrovatelským personálem.

7 Závěr

Bakalářská práce se zabývala problematikou Alzheimerovy choroby. Toto téma se stává čím dál tím aktuálnější, vzhledem k rostoucímu výskytu tohoto druhu demence. Teoretická část je zaměřena na Alzheimerovu chorobu, její patofyziologii, diagnostiku a terapii, popisuje stručně jednotlivé fáze této demence. Další část je zaměřená na specifické požadavky na ošetrovatelskou péči o pacienta trpícího demencí, na nejčastější problematické situace a možnosti jejich řešení.

Výzkumná část se soustředí na znalosti všeobecných sester z oddělení specializujících se na péči o pacienta s demencí a z oddělení následné péče. Prvním cílem bylo porovnat informovanost všeobecných sester z oddělení následné péče a ze specializovaných oddělení. Výzkum dokázal, že personál ze specializovaných pracovišť je lépe informován o problematice Alzheimerovy choroby, čímž se potvrdil výzkumný předpoklad. Druhým cílem výzkumu bylo zjistit souvislost mezi délkou praxe všeobecné sestry v oboru a úrovní jejích znalostí. Předpokládalo se, že s rostoucí dobou praxe stoupá informovanost o této problematice. Tento předpoklad byl v souladu s výzkumem. Výraznější rozdíl byl u všeobecných sester z oddělení následné péče. U pracovníků ze specializovaných pracovišť byl rozdíl ve znalostech všeobecných sester méně patrný.

Třetím cílem bylo zjistit nejčastější komplikace, se kterými se sestry potýkají při péči o pacienta s demencí. Předpokládá se, že nejčastěji sestry uvedou jako komplikaci zhoršenou komunikaci, zapomnětlivost a poruchy chování. Zhoršená komunikace a poruchy chování se v dotazníku opravdu vyskytly nejčastěji, zapomnětlivost uvedlo jen malé procento dotázaných. Na místo toho uváděly všeobecné sestry často dezorientaci pacienta.

Z výsledků šetření vyplývá, že by bylo vhodné, aby měly všeobecné sestry z oddělení následné péče k dispozici více informačních zdrojů. Značná část z nich uvedla, že nikdy neabsolvovala přednášku či seminář týkající se problematiky Alzheimerovy choroby. Většina z nich by však uvítala více informací o tomto typu demence.

8 Seznam bibliografických citací

Monografie

FIŠAR, Zdeněk a Roman JIRÁK, *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Computer Press, 2009, 315 s. ISBN 80-247-0061-1.

BUIJSSEN, Huub. *Demence*. 1. vydání. Praha: nakl. Portál 2006. ISBN 80-7367-081-X.

BRUNOVSKÝ, Martin. *Objektivizace diagnostiky a změn vigility u demencí*. 1. vydání. Praha: nakl. Galén, 2003, ISBN 80-7262-236-6.

GLENNER, Joy. *Péče o člověka s demencí*. 1. vydání. Praha: nakl. Portál 2012. ISBN 978-80-2620154-0.

JIRÁK, Roman. *Demence*. 1. vyd. Praha: MAXDORF-JESSENIUS, 1999, 226 s., ISBN 80-858-0044-6.

KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Alzheimerova nemoc a další demence*. 1. vydání. Praha: nakl. Grada Publishing, 1998, ISBN 80-7169-615-3

LUŽNÝ, Jan. *Gerontopsychiatrie*. 1. vydání. Praha: nakl. Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-573-2.

PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. 1. vydání. Praha: nakl. Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.

HRDLIČKA, Michal a Darina HRDLIČKOVÁ. *Demence a poruchy paměti*. 1. vydání. Praha: nakl. Grada Publishing 1999. ISBN 80-7196-797-4.

RŮŽIČKA, Evžen. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: Manuál pro praxi*. 1. vydání. Praha: nakl. Galén, 2003, ISBN 80-7262-205-6.

DUŠKOVÁ, Kateřina a Martina HASALÍKOVÁ. *Sociální aspekty péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou*. 1. vydání. Praha: nakl. Pfizer 2010, ISBN není uvedeno.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ, Jitka SUCHÁ a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vydání, Praha: EV Public relations 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.

ZGOLA, Jitka. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vydání. Praha: nakl. Grada publishing, 2003, ISBN 80-247-0183-9.

CALLONE, Patricia. Connie KUDLACEK, Barbara VASILOFF a kol. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. 1. vydání. Praha: nakl. Grada Publishing 2008. ISBN 978-80-247-2320-4.

TOPINKOVÁ, Eva. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci: Manuál při klinickou praxi*. 1. vydání. Praha: Nakl. UCB Pharma s. r. o. 1999. ISBN 80-238-4913-1.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Helena NOVÁKOVÁ. *Alzheimerova nemoc v rodině*. 2. vydání, Praha: nakl. Pfizer spol s.r.o. 2008, ISBN není uvedeno.

KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. 1. vydání. Praha: nakl. Grada publishing, 2006. ISBN 80-247-1491-4.

SUCHÁ, Jitka. *Cvičte si svůj mozek, pracovní sešit pro pacienty se středně těžkou kognitivní poruchou*. Praha: Pfizer, 2010, ISBN není uvedeno.

SUCHÁ, Jitka. *Cvičte si svůj mozek, pracovní sešit pro pacienty s lehkou kognitivní poruchou*. Praha: Pfizer, 2010, ISBN není uvedeno.

SUCHÁ, Jitka a Běla HÁTLOVÁ. *Pohybové aktivity pro pacienty s demencí*. 1. vydání. Praha: Pfizer, 2012, ISBN není uvedeno.

Odborná periodika

AMBLER, Zdeněk. Neurologické poruchy a základní principy farmakoterapie staršího věku. *Interní medicína pro praxi*. Konice: Solen, 2009, 11., 4. ISSN 1212-7299.

HÁJKOVÁ, Lucie, Hana JANEČKOVÁ a kol. Certifikace vážka - zkušenosti a reflexe. *Geriatric a gerontologie*, Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2013, 3(2), str. 101-104, ISSN 1805-4684.

HOLMEROVÁ, Iva, Hana JANEČKOVÁ a Petr VELETA. Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence a praktické aspekty péče o postižené. *Psychiatrie pro praxi*, nakl. Solen, 2005, 6(4), str. 180-184, [vid. 2014-04-09] ISSN - 1803-5272, dostupné z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2005/04/03.pdf>.

FRIEDELLOVÁ, Karolína. Využití konceptu bazální stimulace ve Snoezelových místnostech. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2012, 8(4), str. 20-21, ISSN 1801-1349.

FRIEDELLOVÁ, Karolína. Uplatnění konceptu bazální stimulace v geriatrii. *Sestra*, 2012, 22(9), str. 58-59. [vid. 2014-02-10] ISSN 1210-0404. dostupné z http://www.bazalni-stimulace.cz/pdf/cl_BS_geriatrie.pdf.

RESSNER, Pavel, Petra BÁRTOVÁ a kol. Porucha chování a nálady u demencí. *Psychiatrie pro praxi*, 2011, 12(4), str. 140-144. [vid. 2014-05-03] ISSN - 1803-5272. Dostupné z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/04/02.pdf>.

JIRÁK, Roman. Poruchy chování a nálady u demencí. *Psychiatrie pro praxi*, 2011, 12(2). Str. 56-60, [vid. 2014-05-03] ISSN - 1803-5272. dostupné z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/02/03.pdf>.

TONDLOVÁ, Henrieta. Diagnostika a možnosti terapie deprese v pokročilých stádiích demence. *Psychiatrie pro praxi (online)* 2006, (5) str. 241-242. [vid. 2014-25-03] ISSN - 1803-5272. Dostupné z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/05/08.pdf>.

TĚŠÍNSKÝ, Pavel. Poruchy výživy u Alzheimerovy demence a možnosti jejich ovlivnění. *Psychiatrie pro praxi*, 2003, 4(6), str. 248-253, [vid. 2014-27-03] ISSN - 1803-5272. dostupné z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2003/06/03.pdf>.

NAVRÁTILOVÁ, Miroslava. Enterální výživa v gerontopsychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*, 2003, 4(3), str. 118-125. [vid. 2014-27-03] ISSN - 1803-5272. Dostupné z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2003/03/06.pdf>.

JELIGOVÁ, Hana a František KOŽÍŠEK, Pitný režim: Proč, kolik a co vlastně pít. *Interní medicína pro praxi*, nakl. Solen, 2010, 12(7 a 8). Str. 388-389, [vid. 2014-05-04] ISSN - 1803-5256, Dostupné z <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/07/13.pdf>.

HOLMEROVÁ, Iva, H. VAŇKOVÁ, M. BAUMANOVÁ a B. JURAŠKOVÁ. Bolest – podceněný problém v péči o pacienty s demencí. *Česká geriatrická revue*. 2009, 7(1), str. 31-35, [vid. 2014-17-04] ISSN 1801-8661. dostupné z http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_01_06.pdf.

KLEVETOVÁ, Dana. Hodnocení bolesti u osob s demencí. *Sestra*, 2010, 11(7-8), str. 58-59, [vid. 2014-17-04] ISSN 1210-0404. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/hodnoceni-bolesti-u-osob-s-demenci-453243>.

Absolventské práce

SEDLÁKOVÁ, Zuzana. *Alzheimerova choroba z pohledu zdravotní sestry*. Jihlava 2011. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Katedra zdravotnických studií.

SALOTOVÁ, Jana. *Náročnost práce sester o pacienty s Alzheimerovou chorobou*. České Budějovice 2011. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

BĚLOHLÁVKOVÁ, Lenka. *Znalosti sester v péči o seniory s demencí*. Brno 2013. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Katedra ošetřovatelství.

Zahraniční zdroje

WILLIAMS, Kristine, Ruth HERMAN, Byron GAJEWSKI and Kristel WILSON. Elderspeak communication: Impact on dementia care. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias (online)*. 2009, 24(1). Str. 11-20. [vid. 2014-12-02] eISSN 1938-2731. ISSN 1533-3175. Dostupné z <http://aja.sagepub.com/content/24/1/11.full.pdf+html>.

WEIRATHER, Randy. Communication strategies to assist comprehension in dementia. *Haewaii medical journal*. 2010, 69(3). Str. 72-74. [vid. 2014-10-02] ISSN:0017-8594 Dostupné z <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3104619/>.

9 Seznam příloh

Příloha č. 1: Kazuistika

Příloha č. 2: Kritéria hodnocení pro udělení certifikátu „Vážka“

Příloha č. 3: Kognitivní cvičení

Příloha č. 4: Psychomotorické cvičení

Příloha č. 5: Škála deprese dle Yesavage

Příloha č. 6: Test Mini mental state examination (MMSE)

Příloha č. 7: Škála pro hodnocení bolesti PAINAD

Příloha č. 8: Dotazník

Příloha č. 9: Informační plakát

10 Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Pracoviště respondentů

Tabulka č. 2: Délka praxe v oboru

Tabulka č. 3: Četnost pacientů trpících Alzheimerovou chorobou

Tabulka č. 4: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 4

Tabulka č. 5: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 5

Tabulka č. 6: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 6

Tabulka č. 7: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 7

Tabulka č. 8: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 8

Tabulka č. 9: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 9

Tabulka č. 10: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 10

Tabulka č. 11: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 11

Tabulka č. 12: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 12

Tabulka č. 13: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 13

Tabulka č. 14: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 14

Tabulka č. 15: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 15

Tabulka č. 16: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 16

Tabulka č. 17: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 17

Tabulka č. 18: Účast na přednáškách či seminářích týkajících se Alzheimerovy choroby

Tabulka č. 19: Zájem o více informací o Alzheimerově chorobě

Tabulka č. 20: Porovnání znalostí na jednotlivých odděleních

Tabulka č. 21: Závislost znalostí na délce praxe

Tabulka č. 22: Nejčastější komplikace

11 Seznam grafů

Graf č. 1: Pracoviště respondentů

Graf č. 2: Délka praxe v oboru

Graf č. 3: Četnost pacientů trpících Alzheimerovou chorobou

Graf č. 4: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 4

Graf č. 5: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 5

Graf č. 6: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 6

Graf č. 7: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 7

Graf č. 8: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 8

Graf č. 9: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 9

Graf č. 10: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 10

Graf č. 11: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 11

Graf č. 12: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 12

Graf č. 13: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 13

Graf č. 14: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 14

Graf č. 15: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 15

Graf č. 16: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 16

Graf č. 17: Četnost odpovědí všeobecných sester na otázku č. 17

Graf č. 18: Účast na přednáškách či seminářích týkajících se Alzheimerovy choroby

Graf č. 19: Zájem o více informací o Alzheimerově chorobě

Graf č. 20: Porovnání znalostí na jednotlivých odděleních

Graf č. 21: Závislost znalostí na délce praxe

Graf č. 22: Nejčastější komplikace

Přílohy

Příloha č. 1: Kazuistika

Kazuistika

„59 letý muž, ženatý, bezdětný. Vyučený soustružník kovů, pracoval v oboru, býval výborným odborníkem, rok je v plném invalidním důchodu. Psychiatrická přítěž v rodině nebyla zjištěna. Nebyl vážněji tělesně nemocen, pouze v 57 letech vyšetřován na boreliózu po štípnutí klíštětem se sporným nálezem, kontrolní odběry krve pak byly opakovaně negativní. Na psychiatrickou ambulanci byl doporučen rovněž ve svých 57 letech neurologem s diagnózou Alzheimerova nemoc G30.0.

Při prvním vyšetření jsme zjistili, že má již asi dva roky problémy s pamětí a s vyjadřováním. Chce něco říci a nemůže najít slovo, nebo to slovo nemůže vyslovit. Když píše, dělá chyby, vynechává písmenka. Do práce chodí, pracuje na soustruhu, tam chyby nedělá. Manželce doma pomáhá, např. společně zavařovali. Náladu má dobrou, dobře spí. Unavený se necítí, hlava se mu netočí, v uších mu nešumí. Z cílených dotazů na paměť např. vyjmenoval jen část evropských států a jejich hlavních měst, ale věděl základní data svého života i své manželky, i např. data obou světových válek. Dovedl správně určit rozdíl mezi pojmy vražda a zabití nebo lež a omyl, ale nedovedl postihnout rozdíl mezi pojmy prchat a utíkat. Skóre testu MMSE bylo 20 bodů.

Krátce nato byl pacient vyšetřen počítačovou tomografií (CT) mozku nativně i s aplikací kontrastní látky. Byly přítomny známky incipientní atrofie. Klinický neurologický nález byl bez lateralizace, bez cerebellárních projevů a bez známek radikulární léze. Pacient byl vyšetřen také psychologicky: verbální IQ 89 bodů, deteriorace 7-10 bodů. Paměť, pozornost a soustředění – výkony velmi slabé. Závěr: kognitivní deficit a poškození kapacity paměti.

Pacientovi byl podáván piracetam v dávkách do 1600mg a série deseti injekcí vitamínu B1. Pacient odmítal pracovní neschopnost, v práci neměl problémy, úkoly plnil. Po půl roce se však jeho vyjadřovací schopnosti poněkud zhoršily a MMSE kleslo na 18 bodů. Byl vysazen piracetam a naordinován donepezil 5mg denně. Vzhledem k doplatku na lék nechtěl pacient dávku zvyšovat. Do stravy zařazoval hodně zeleniny a ovoce. Nastalo mírné zlepšení, pacient stále chodil do zaměstnání a práci na soustruhu zvládal. Za dalších půl roku již nebylo možné riskovat, že by se na soustruhu zranil, a sám uznal, že již nemá dobrý pracovní výkon a dělá chyby. Byl uznán práce neschopným a později dostal invalidní důchod, jak bylo uvedeno výše. Test MMSE vykazoval 17 bodů. Bylo provedeno vyšetření mozku magnetickou rezonancí a byla zjištěna difúzní atrofie mozková i mozečková (v 58 letech nemocného).

Nejvýznamnějším příznakem u nemocného byla jeho artikulace. Nemocný rozuměl mluvenému i tištěnému slovu, ale čím dál hůře byl schopen mluvit, a horšilo se i písmo. Během dalších měsíců již nebyl schopen souvisle hovořit, jen vyslovil tu a tam nějaké slovo a snažil se dorozumět ukazováním. Medikace byla zvýšena na donepezil 10mg denně; pacient již s doplatkem souhlasil, považoval léčení za nutné. Byla opět aplikována série injekcí tiaminu a magnezia. Zastavit zhoršování stavu se však nepodařilo. Nemocný zapomínal doma například zavřít vodu, zamykat, nedokázal zašroubovat závit u vodovodu. Knoflíky u košile si zapínal nakřivo, neuměl si zavázat tkaničky u bot. Zapomněl tančit, což dříve dělával velmi rád, s manželkou chodili 25 let tancovat. Začínal stále více být závislý na manželce, nechtěl být sám doma. Také se stalo, že v čekárně se s pacientem náhodně setkal jeho bývalý kolega z práce, který doprovázel jiného pacienta. Svěřil se nám, že byl vzhledem pacienta velmi překvapen a že ho pacient nepoznal, zatímco dříve to býval velmi společenský a kamarádský kolega a výborný odborník.

Dlužno říci, že pacient měl velmi obětavou a chápací ženu. Ta dokonce dala výpověď ve svém zaměstnání, aby se mu mohla více věnovat a být hodně s ním, dávat na něho pozor, chodit s ním na procházky a cvičit s ním různé dovednosti. Pacient také nejméně jedenkrát týdně chodil do naší ordinace ke cvičení kognitivních funkcí. Odmítal cokoliv kreslit, ale sám chtěl cvičit písmo a slovní zásobu. Zpočátku např. rád opisoval text ze zábavné knížky a sledoval,

kolik opsal. Později již opisovat odmítal, a chtěl jen „něco lehčího“. Dostával tedy zadání typu vyjmenovávání slov začínajících na nějaké písmeno, nebo vyjmenovával květiny, stromy, sporty, státy, ženská a mužská jména apod. Po 45 minutách býval dosti unavený, ale nestěžoval si na žádné tělesné potíže, např. na bolest hlavy. Skóre MMSE po dvou a půl letech opět kleslo (15 bodů).“ (Kučerová, 2006, strana 31-33).

Příloha č. 2: Kritéria hodnocení pro udělení certifikátu „Vážka“

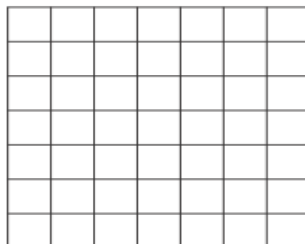
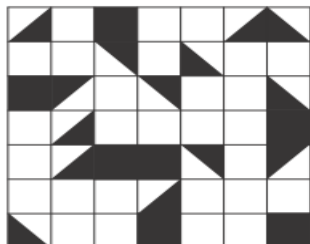
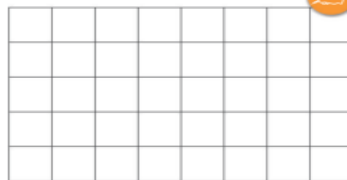
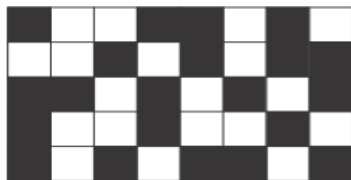
Filosofie a strategie péče	Aktivity	Spolupráce s rodinou a přáteli člověka s demencí
individualizovaná péče	důstojnost	zdravotní péče
zvládání problematického chování	používání omezovacích prostředků	bezpečnost
výživa a hydratace	celkový pohled na zařízení, jeho funkčnost	první dojem po vstupu do zařízení
společné prostory	pokoje	hygiena
orientace	zázemí pro personál	počet a kvalifikace pracovníků
kvalifikace v demencích	potřeby personálu a jejich podpora	zaškolení a další vzdělávání
kompetence pracovníků	Grandmother's test	

Zdroj: Hájková, Janečková, 2013

Příloha č. 3: Kognitivní cvičení

Negativní obrazy

Do předkreslených obrázků v pravé části listu se pokuste zakreslit negativní obrazy těch, které jsou uvedeny vlevo.



Střední obtížnost

Dvojice

Doplňte druhého do známé dvojice, případně vymyslete další známé dvojice.

Hamlet a

Břetislav a

Radúz a

Laurin a

Kain a

Romeo a

Othello a

Přemysl a

Romulus a

Hanzelka a

Suchý a

Šimek a

Laurel a

Voskovec a

Křemílek a

Maková panenka a

Nízká obtížnost

Suchá, 2010

Příloha č. 4: Psychomotorické cvičení

Záklon trupu

Posadíme se buď na židli bez opěradla, nebo se na židli pootočíme tak, abychom měli volná záda. Chytíme se rukama za lokty. S rovnými zády se zakláníme vzad do pololehu, zhruba do 45°, zastavíme a vrátíme se zpět do sedu.

Tímto cvikem posilujeme břišní svaly.



Zvedání paží

Zhluboka se nadechneme a zároveň zvedáme jednu paži co nejvíc do vzpažení, s výdechem pomalu vrátíme dolů. Totéž na druhou stranu.

Tímto cvikem zvětšujeme rozsah pohyblivosti ramenního pletence, zároveň provádíme dynamické dechové cvičení.

Pozn.: U starších lidí bývá občas omezený rozsah pohyblivosti do flexe z důvodu degenerativních změn v kloubu – artróza atd. V tomto případě necvičíme nikdy přes bolest.



Křídýlka

Dáme ruce na ramena a zvedáme lokty do stran, pokud možno až do výšky ramen, povolíme.

Tímto cvikem zlepšujeme pohyblivost ramenního a loketního kloubu.



Procvičení prstů

Paže jsou volně položeny na stehnech, ruce dáme v pěst, povolíme a natáhneme prsty a zároveň oddálíme od sebe.

Tímto cvikem zlepšujeme pohyblivost prstů a jemnou motoriku.



Příloha č. 5: Škála deprese dle Yesavage

Otázky	Odpovědi
1. Jste v podstatě spokojený(á) se svým životem?	ano/NE
2. Vzdal(a) jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ANO/ne
3. Máte pocit, že Váš život je prázdný?	ANO/ne
4. Nudíte se často?	ANO/ne
5. Máte většinou dobrou náladu?	ano/NE
6. Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého?	ANO/ne
7. Cítíte se převážně šťastný(á)?	ano/NE
8. Cítíte se často bezmocný(á)?	ANO/ne
9. Vysedáváte raději doma, než byste šel(šla) mezi lidi a seznamoval(a) se s novými věcmi?	ANO/ne
10. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než Vaši vrstevníci?	ANO/ne
11. Myslíte si, že je krásné žít?	ano/NE
12. Napadá Vás někdy, že Váš život nestojí za nic?	ANO/ne
13. Cítíte se plný(á) elánu a energie?	ano/NE
14. Máte pocit, že Vaše situace je beznadějná?	ANO/ne
15. Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než Vy?	ANO/ne
Celkové skóre	

Hodnocení: za každou odpověď vytištěnou velkými písmeny započítejte 1 bod
0–5 bodů normální afekt bez deprese
6–10 bodů mírná deprese
nad 10 bodů manifestní deprese vyžadující podrobné vyšetření

Zdroj: Růžička, 2003

Příloha č. 6: Mini mental state examination

Orientace

Položím vám několik otázek, sloužících pro vyšetření paměti. Některé jsou zcela snadné, jiné jsou obtížnější. Odpovězte na všechny otázky, jak nejlépe dokážete.

Jaké je dnešní datum?

1. Který je rok?
2. Které je roční období?
3. Který je měsíc?
4. Kolikátého je dnes?
5. Který je den v týdnu?

Nyní se vás zeptám několika otázkami na místo, kde teď jsme.

6. Jak se jmenujete?
7. Ve kterém městě jsme?
8. Jak se jmenuje čtvrtě, kde je naše nemocnice?
9. Ve kterém státě jsme?
10. Ve kterém jsme poschodí?

Registrace

Řeknu vám 3 slova. Chtěl(a) bych, abyste mi je zopakoval(a) a pokusil(a) si je zapamatovat, protože se vás na ně zeptám později ještě jednou.

11. klobouk
12. citron
13. auto

Pozornost a počty

Počítejte od sta pozpátku, pokaždé odečítejte sedm.

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

Zdroj: Pidrman, 2007

Příloha č. 7: Škála bolesti PAINAD

Tabulka 2: Stupnice pro měření bolesti u pokročilé demence (PAINAD)				
	0	1	2	počet bodů
dýchání nezávisle na vokalizaci	normální	občasné namáhavé krátká období hyperventilace	hlučné, ztížené dýchání dlouhá období hyperventilace Cheyneovo-Stokesovo dýchání	
bolestivá vokalizace	žádná	občasný sten nebo zaúpění normální negativní nebo odmítavá řeč	opakované utrpené volání hlasité sténání nebo úpění pláč	
výraz obličeje	úsměv nebo neutrální	smutný vyděšený zamračený	bolestivé grimasy	
řeč těla	relaxovanost	napjatost neklidné přecházení neklid	strnulost sevržené pěsti kolena přitažená k tělu tahání nebo odtlačování udeření	
utěšování	není nutné	je možné rozptýlit nebo uklidnit hlasem či dotekem	není možné utěšit, rozptýlit nebo uklidnit	
součet				

Zdroj: Klevetová, 2010

Příloha č. 8: Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Petra Ondrušová a studuji obor Všeobecná sestra na Ústavu zdravotnických studií v Liberci. Zpracovávám bakalářskou práci na téma „Péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou.“ Součástí mé práce je i výzkum znalostí zdravotních sester o této problematice. Prosím Vás proto o spolupráci při vyplnění krátkého dotazníku. Dotazník je zcela dobrovolný a anonymní. Výsledky budou použity pouze pro účely bakalářské práce. Děkuji Vám za spolupráci.

1. Na jakém oddělení pracujete?
2. Jak dlouho vykonáváte povolání zdravotní sestry?
3. Jak často se na vašem oddělení setkáváte s pacienty trpícími Alzheimerovou chorobou?
 - a) Většinou každý den
 - b) Každý týden
 - c) Méně často
4. Co je nejčastěji prvním nápadným příznakem počínající Alzheimerovy choroby?
 - a) Dezorientace
 - b) Výrazné zhoršení komunikace
 - c) Zhoršování paměti
5. Jakou část paměti obvykle postihuje Alzheimerova choroba jako první?
 - a) Krátkodobou paměť
 - b) Dlouhodobou paměť
6. Kdy mluvíme o Alzheimerově chorobě s časným počátkem?
 - a) Vyskytne-li se choroba u pacienta do 60 let
 - b) Vyskytne-li se choroba u pacienta do 65 let
 - c) Vyskytne-li se choroba u pacienta do 70 let
7. Jaké znáte druhy terapie, které se využívají pro léčbu Alzheimerovy choroby?
8. Na kolik fází obvykle dělíme Alzheimerovu chorobu?
 - a) 2
 - b) 3
 - c) 4
 - d) 5
9. Jak velkou část všech demencí způsobuje Alzheimerova choroba?
 - a) 30-45%
 - b) 50-65%
 - c) 70-80%
10. Co způsobuje Alzheimerovu chorobu?
 - a) Virová infekce mozku
 - b) Působení aflatoxinů

- c) Ischemie
 - d) Příčina není známá
11. Hraje nějakou roli na vzniku Alzheimerovy choroby dědičnost?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
12. Jak nejlépe zareagovat v situaci, kdy zmatený člověk například neustále opakuje, že musí jít do školy?
- a) Snažit se pacientovi vysvětlit, že už do školy dávno nechodí a musí teď zůstat ležet v posteli.
 - b) „hrát jeho hru“ vymluvit se například na to, že jsou momentálně prázdniny, tudíž do školy nemusí.
 - c) Dělat, že pacienta neslyšíme a pro jistotu zamknout dveře na oddělení
13. V jakém pořadí zapomíná nemocný člověk informace, které získal před propuknutím Alzheimerovy choroby?
- a) Nejdříve nejnovější informace a složitější postupy, postupně i informace získané v mladším věku
 - b) Nejdříve informace, které získal v mladším věku a až později novější data.
 - c) Průběžně se vytrácejí vzpomínky ze všech období
14. Jakým způsobem se běžně diagnostikuje Alzheimerova choroba?
- a) rozbořením mozkomíšního moku
 - b) Vyšetřením očního pozadí
 - c) Psychologickými testy
 - d) Angiografií mozkových tepen
15. Lze Alzheimerovu chorobu diagnostikovat se stoprocentní jistotou?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
16. Kolik přibližně lidí v ČR v současnosti trpí Alzheimerovou chorobou?
- a) Asi 10 000
 - b) Asi 40 000
 - c) Asi 70 000
 - d) Asi 120 000
17. Znáte nějakou organizaci, která se v ČR věnuje problematice Alzheimerovy choroby a pomoci pacientům trpícím touto demencí a jejich rodinám?
18. Zúčastnil(a) jste se někdy nějaké přednášky či semináře týkajícího se Alzheimerovy choroby?
- a) Ano
 - b) ne
19. Uvítal(a) byste více informací o Alzheimerově chorobě? (například semináře, informační brožury atd.)
- a) Ano
 - b) Ne, informací mám dostatek
20. Co podle Vás nejvíce komplikuje péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou

Aktivity vhodné pro pacienty s demencí

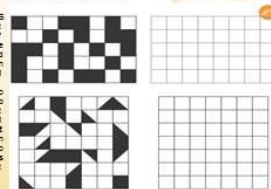
- Pacienti trpící kognitivní poruchou potřebují smysluplný program, který zaplní jejich volný čas a zároveň udrží mozek i tělo v činnosti.
- Aktivita musí být vždy vhodně zvolena s ohledem na schopnosti pacienta.
- Zaměřujeme se na udržení co nejvyšší úrovně sebepečce, podporu fyzické aktivity, sociální kontakt a trénink kognitivních funkcí.

Kognitivní rehabilitace

Jsou využity vány nejružnější techniky, například pojmenovávání předmětů, zapamatování si říkadla, řazení barevných tvarů.

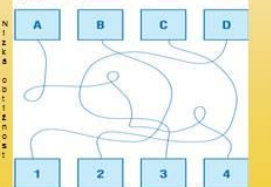
Negativni obrazy

De předkreslených obrázků v pravé části listu se pokuste zakreslit negativní obrazy těch, které jsou uvedeny vlevo.



Propletene Căry

Pokazuje se privlačiti k sobi gostice a plemića, ktera k sobi patři a ktera jsou spojená tou samou dverí.



Skrývačky

Pozorně si přečtěte následující věty. V prvních čtyřech jsou ukryty názvy čtyř barev, v dalších jsou ukryty názvy částí lidského těla. Zjištěné slovo zapíšte vždy do řádku za větu.

SARVY

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1. Na baru dává číšník hostovi vodku. | |
| 2. Kromě ovce i jeho dává maso. | |
| 3. Každého člověka vábí láska. | |
| 4. Příjemný večer náhle skončil. | |

ČASTI TĚLA

- | | |
|---|--|
| 5. Sousedova dcera Pavla vypala odpadky do popelnice. | |
| 6. Cestující zdvihla vak a vytahovala z vaku. | |
| 7. K odlišení sněhu je zapotřebí lopata. | |
| 8. Byla pro něj jen jedinou z mnoha. | |

Dvojice

Doplňte druhého do známé dvojice, případně vymyslete další známé dvojice.

Hamlet a	Romulus a
Gregoriev a	Hazivka a
Radlov a	Sutzy a
Laurin a	Ševik a
Kam a	Laur a
Rumeev a	Voskovec a
Othello a	Khemlek a
Pritymci a	Mukovici papenka a

Reminiscenční terapie

*Tato metoda oživuje vzpomínky pacienta pomocí starých fotografií, vyprávění příběhů, provádění nejruznějších činností, na které byl pacient dříve zvyklý: zpěvu, tance a podobně. Pacienti s demencí mají potíže s krátkodobou pamětí, ale dlouhodobá paměť jim slouží poměrně dlouho. Cílem terapie je zlepšení komunikace s pacientem, posílení jeho důstojnosti a celkové zlepšení psychického stavu. Může probíhat individuálně i skupinově

Zootherapie

- Zooterapie je druh terapie, u které se využívá s domácích zvířat, nejčastěji speciálně vycvičených psů.
- Pacient má možnost zvířete hladit a mazlat s ním, čímž naplňuje svou potřebu fyzického kontaktu.
- Přítomnost zvířete podporuje dobrou náladu a může také pomoci prolomit bariéry mezi klientem a ošetřovateli a usnadnit tak komunikaci.
- V neposlední řadě pacient procvičuje jemnou motoriku (hlazení, náklon aporu, kartáčování...).
- Hlavními typy zvířat, která jsou obzvláště vhodná pro zooterapii, jsou psi a kočky.
- Pacienti se o zvířete nemohou starat, pouze se s nimi mazlí a trápí si.
- Rezidenty typ: takové zvířete přímo v zařízení, pacienti se mohou účastnit péče. Vždy je ale nutný důvod zodpovědné osoby. K tomu užselo se hodi kočka, králik, rybičky či šunka.

Ergotherapie

- Nácvik činnosti s cílem zachovat co nejvyšší míru soběstačnosti (při příjmu jídla, oblékání, používání toalety...).
- Prostředkem pro obnovu funkce je smysluplná činnost a zaměstnávání, které příjemným způsobem vyplní volný čas.
- V případě pacientů trpících demencí může ergoterapie probíhat formou výtvarné činnosti (lepení z papíru, modelování ze slanéh těsta...).

Psychomotorická cvičení

- Příměřená fyzická aktivita je základem. Její nedostatek vede k narušení cyklu spánku a bdění, ale i k duševnímu ochrnutí způsobenému nedostatkem psychických stimulů. Může mi z následků i snížení chuti k jídlu a následnou malnutrii. Volíme cvičení odpovídající stavu pacienta. Cviky jsou jednoduché a snadno napodobitelné.
- Cvičení může probíhat ve stoje, v sedě i v leže.
 - Využí váme prvky tělesných cvičení a pohybových her.
 - Neklademe důraz na přesné provádění cviků

Příklady cviků



Bazální stimulace

- **Bazální stimulace** je **šetrnostelavá** vhodná pro pacienty s poruchami v oblasti vnímání, hybnosti a komunikace.
- **Podstatou** je **stimulace smyslu**, které jsou ještě zachovalé. Tím zajistíme pacientovi kontakt s okolím a udržíme jeho mezek v činnosti.
- **Pacientovi** můžeme poskytnout **sonotaktické (vibrationy)**, **vibrační (dvěhání)**, **vestibulární (poloha těla v prostoru)**, **olfaktorické, orální, optické a taktilní** stimuly.
- **Vždy sledujeme jeho reakci**.
- **Bazální stimulaci** neprospíváme déle než 20 minut, delší dobu pacientů musí působení nevnímá.
- **Bazální stimulace** umožňuje pacientovi vnímat **hranice svého těla**, mít zážitek ze sebe sama a s vnímání okolí své i přitomnosti jiného člověka.
- **Prvky bazální stimulace** se snadno zařadí do běžné **šetrnostelavé** péče. **Vždy** ale musíme zohlednit **závažnost** a **den** **trvání** pacienta a **podržovat** stále stejný režim dne.
- **Nepřehrocením** a **nejedlejší** nástrojem komunikace s klientem je **DOTEK**. Poskytne mu mnoho informací o sobě samém i o okolí. Velkou rolí hraje i intenzita doteku a jeho lokalita. Omezuje lemné krátkodobé, užívá se nekvalitní dotek. Využívá vlnu celou plochu dlaní, ne pouze prsty. Plošnice kládou, konstantním tlakem.
- **Dotek** lze umožnit pomocí různých materiálů, například **záložek** či **nučiček** **mezi** **oběma** **okoupe**.

Základní prvky bazální stimulace

Celková koupel zklidňující

Koupel je konceptuální stimulace probíhá podobně jako zážitek oekowu. Na počátku můžeme pacientovi ruku ponořit do nádoby s vodou, dáme mu přičinout k toaletním potřebám, čímž stimuluje jeho smysly a paměťové dráhy.

Koupel započneme na obličeji nebo hrudku, pokračujeme na končetiny. Mýjeme ve směru ústů ohloupku. Na hrudku postupujeme od středu ke stranám, oběma rukama současně a symetricky. Horní končetiny mýjeme každou zvlášť oběma rukama, od ramene po prsty. Stejně pokračujeme na dolní končetinách. Zádá mýjeme od páté ke zevní straně trupu. Opět oběma rukama, symetricky a kontinuálně. Neperforujeme kontakt s pacientem.

Poloha mumie

Tato poloha umožňuje pocítit hranice vlastního těla. Je vhodná pro neklidné, agresivní a zmatené pacienty a pro pacienty dlouhodobě upoutané na lůžko. Může následovat po zklidňující koupeli. Pacienta položíte za záda, hlavu podložíte polštářem a tělo obložíte srolovanými dekami, ložním prádlem nebo polohovacími polštáři. Pokud pacientovi snese, zkrčíte mu horní končetiny na hrudník. Nakonec postupně od nohou k trupu natáhnete přes pacienta prostěradlo. V této poloze necháme klienta maximálně 20 minut.

Poloha hnízdo

Poloha na vnučici je příjemné pocity bezpečí a jistoty, také umožňuje kvalitní odpočinek. Umožňuje vnímání hranic vlastního těla. Vhodná po celkové koupeli, nepřijímání zakázání a kdykoli, kdy potřebujeme pacienta uklidnit. Aplikujeme v pohodlné poloze vleže na zádech nebo na boku, ale také v sedě. Pacientovo tělo ohraničíme slovanými dekami a přikryjeme ho.